

## Test de acreditación

1 Respecto a el tratamiento de las bacteriemias por *Staphylococcus aureus*:

No existe evidencia de calidad suficiente que respalde el tratamiento secuencial oral en bacteriemias no complicadas.

No existen publicaciones que respalden el tratamiento de continuación en TADE de bacteriemias complicadas.

xxx El ensayo clínico SABATO ha demostrado que el tratamiento secuencial oral es igual de eficaz que la continuación del tratamiento intravenoso en bacteriemias no complicadas.

Vancomicina no tiene suficiente estabilidad a temperatura ambiente para ser empleada en TADE.

Todas son verdaderas.

---

2 Para la administración de antimicrobianos en programas de TADE es crucial conocer la estabilidad de los mismos. Dicha estabilidad depende fundamentalmente:

Temperatura.

Concentración.

Diluyente empleado.

Ninguna de las anteriores.

xxx Todos ellos.

---

3 Una de las siguientes afirmaciones en relación al letermovir es incorrecta:

xxx Tiene buena actividad frente a VHS y VVZ.

Su administración concurrente con la ciclosporina obliga a reducir la dosis diaria (de 480 a 240 mg).

No presenta nefrotoxicidad.

En el ensayo clínico pivotal en fase 3 en receptores seropositivos de alo-TPH de alto riesgo demostró una reducción de la mortalidad por todas las causas.

Puede administrarse por vía oral o intravenosa.

---

4 La principal medida en BSA relacionada con el aire, de las salas hospitalarias, es:

La presión positiva (o negativa) y la existencia de filtros Hepa en la sala.

Los controles microbiológicos en la sala.

La disciplina del personal de la sala.

Ninguna de las anteriores.

xxx Todas son ciertas.

---

5 Para cuál de estas indicaciones NO está aprobada actualmente en España la combinación imipenem/cilastatina/relebactam:

xxx Infecciones del tracto urinario complicadas (ITUc).

Neumonía adquirida en el hospital (NAH).

Infecciones por microorganismos aerobios Gram negativos con opciones de tratamiento limitadas.

Bacteriemia asociación con, o que se sospecha que está asociada con, una neumonía adquirida en el hospital (NAH) o una neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVVM).

Ninguna de las anteriores.

---

6 Respecto a las nuevas combinaciones de  $\beta$ -lactámico/inhibidor de  $\beta$ -lactamasas que se encuentran en fase clínica III es VERDADERO que:

Ninguna de las combinaciones mejora el espectro de actividad de las ya aprobadas.

xxx Taniborbactam sería el primer inhibidor que, en caso de ser aprobado junto a cefepima, tendría actividad frente a  $\beta$ -lactamasas de clase B.

Sulbactam/durlobactam no es activo frente a *Acinetobacter baumannii*.

Enmetazobactam posee actividad antimicrobiana por sí mismo y es considerado un “potenciador de los  $\beta$ -lactámicos”.

Todas las anteriores son falsas.

---

7 Respecto a imipenem/relebactam cuál de los siguientes mecanismos de resistencia NO ha sido descrito todavía:

Producción de  $\beta$ -lactamasas de clase B y D.

Producción de algunas  $\beta$ -lactamasas de clase A, como GES-20 o SME.

Pérdida de porinas.

xxx Mutaciones en KPC.

La 1 y la 2

---

8 En relación al PK/PD y a la monitorización de los niveles de vancomicina señala la respuesta correcta:

Se trata de un antibiótico puro tiempo-dependiente.

xxx El valor óptimo de  $AUC_{0-24h}/MIC$  debe ser entre 400-600.

El mejor índice PK/PD es la  $C_{max}/CMI$ .

Para su optimización se debe administrar en dosis única diaria.

Todas las anteriores.

---

9 Un paciente crítico recibe tratamiento con meropenem a la dosis de 1g/8h en infusión de 30 minutos por un shock séptico de origen abdominal. Se decide monitorizar sus niveles plasmáticos y calcular el target PK/PD que resulta estar por debajo de lo recomendado. ¿Qué medida sería la mejor para optimizar el tratamiento?

xxx Administrar meropenem 1g/8h en perfusión extendida de 4h.

Administrar meropenem 1g/12h.

Administrar meropenem 500 mg/4h.

Administrar meropenem 3g/día en perfusión de 30 minutos.

Ninguna de las anteriores.

---

10 ¿Cuál de estos genes está deletado en las cepas de *C. difficile* del ribotipo 027?

Gen *tcdA*.

Gen *tcdB*.

xxx Gen *tcdC*.

Gen *tcdD*.

Gen *tcdE*.

---

11 Señale cuál de estos métodos diagnósticos es muy sensible y específico para la detección de *C. difficile* toxigénico en muestras de heces:

Detección mediante inmunoensayo de la enzima glutamato deshidrogenasa.

Detección mediante inmunoensayo de las toxinas A y B de *C. difficile*.

xxx Detección de los genes de la toxina A o B mediante amplificación molecular.

Ensayo de citotoxicidad.

Ninguno de los anteriores.

---

12 Indique cuál de estas afirmaciones acerca de los algoritmos diagnósticos de la infección por *C. difficile* no es correcta:

Utilizan la detección de la enzima glutamato deshidrogenasa mediante enzimoimmunoensayo como método de cribado.

Realizan una confirmación de la prueba de cribado mediante la detección de las toxinas A y B mediante enzimoimmunoensayo y, cuando el resultado es negativo o no se realiza esta técnica, mediante la detección génica de estas toxinas.

xxx Algunos algoritmos utilizan solo como método confirmatorio de la técnica de cribado la detección de las toxinas A y B mediante enzimoimmunoensayo.

Son técnicas rápidas, sensibles, específicas y baratas.

Las sociedades científicas apoyan su uso.

---

13 Respecto a las infecciones invasivas por especies de *Candida*, ¿Qué proporción de levaduras corresponden aproximadamente a *Candida parapsilosis*?

0-5%

5-10%

xxx 15-20%

50-75%

80-90%

---

14 Respecto a la profilaxis antibiótica quirúrgica, señale la CIERTA:

La duración recomendada es 1-2 días.

xxx A pesar de un alto nivel de evidencia, el grado de cumplimiento no es el adecuado.

La biopsia prostática transperineal presenta un elevado riesgo de infección postprocedimiento, por lo que la profilaxis antibiótica estaría indicada.

En los hospitales con elevado número de camas, el cumplimiento de la profilaxis antibiótica quirúrgica suele ser baja.

Todas son falsas.

---

15 ¿Por qué tiene enfermería un papel central en la administración de antimicrobianos en el entorno de atención al paciente?

Porque puede prescribir, administrar y desescalar antibióticos.

xxx Porque es la responsable de la correcta realización de cultivos, administración de tratamientos y nexo de unión entre diferentes disciplinas, el paciente y la familia.

Porque es más económico.

No es importante su aportación central.

Todas las respuestas son verdaderas.

---

16 Paciente mujer de 73 años con antecedente de diabetes, HTA y obesidad. Ingresa por una fractura de fémur tratada mediante un clavo gamma. Profilaxis con cefazolina 48 h. A los tres días de la intervención se le administra un enema por estreñimiento. Al día siguiente presenta dos deposiciones líquidas por lo que el residente de traumatología solicita pruebas para *difficile* en las heces. La paciente no refiere fiebre ni dolor abdominal. El laboratorio informa: GDH+, TOXINA-, PCR+ para *C. difficile* toxigénico. Al visitar a la paciente refiere una deposición semiblanda en las últimas 24 horas. Con estas pruebas y esta información, ¿cuál sería **su valoración**?

La paciente tiene un *C.difficile* productor de toxinas y debe tratarse con metronidazol pues el episodio es leve.

xxx La paciente está colonizada por *C. difficile* toxigénico y no requiere tratamiento.

La paciente está colonizada y debe recibir tratamiento para evitar el desarrollo de una infección sintomática.

Ante la duda le daría tratamiento -por ejemplo, con vancomicina- ya que al no absorberse no hay efectos adversos.

Iniciar tratamiento con fidaxomicina.

---

17 Una paciente de 86 años con diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica (Cl creatinina 30 ml/min) ingresa en el hospital por un episodio grave de infección por *difficile* (diarrea, leucocitosis y deterioro de la función renal) tras haber recibido levofloxacino por una infección respiratoria. Se encuentra consciente y hemodinámicamente estable. Cuál de los siguientes tratamientos no le parece adecuado.

xxx Metronidazol iv.

Vancomicina + bezlotoxumab.

Vancomicina.

Fidaxomicina.

Todos son tratamientos adecuados.

---

18 Una de las siguientes no es cierta respecto a bezlotoxumab:

Es un anticuerpo monoclonal dirigido frente a la toxina B de *difficile*.

xxx Se administra después de la finalización del tratamiento del episodio para evitar las recurrencias.

No precisa ajuste en la insuficiencia renal ni tiene interacciones.

Consigue una reducción del riesgo relativo de recurrencia de la infección por *difficile* aproximadamente un 40%.

Se administra en dosis única en perfusión intravenosa.

---

19 ¿Cuál de las siguientes no le parece una razón por la que implementar un PROA-*difficile*?

La dispersión de la enfermedad en el hospital.

Asegurar el acceso y la correcta indicación de los nuevos fármacos.

xxx La posibilidad de intervenir sobre factores modificables que pueden impactar en la recurrencia (uso de IBPs y antibióticos).

La baja sensibilidad de las pruebas diagnósticas.

Ninguna de las anteriores.

---

20 ¿A que antifúngico tiene sensibilidad reducida la especie *Candida glabrata*?

Anfotericina B.

xxx Fluconazol.

Caspofungina.

Micafungina.

La c y la d.

---

21 ¿Cuál de las siguientes respuestas sobre los protocolos de sensibilidad a antifúngicos CLSI y EUCAST es correcta?

xxx Son métodos estandarizados de microdilución en caldo.

Son métodos de inmunodifusión en agar.

Son métodos automatizados Comerciales.

Son métodos basados en espectrometría de masas.

Ninguna de las anteriores.

---

22 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la certificación / acreditación es INCORRECTA?

Ambas, certificación y acreditación son formas de buscar la calidad de un producto o servicio.

La acreditación consiste en medir la capacidad y fiabilidad de los procesos y permite tener la garantía de que los resultados obtenidos son sólidos y fiables.

La certificación consiste en demostrar la consecución de los requisitos de una determinada norma.

xxx La certificación es un proceso externo de evaluación, mientras que la acreditación sólo implica una evaluación interna.

Todas son incorrectas.

---

23 ¿Qué institución promueve las normas de certificación PROA del PRAN?

El Ministerio de Sanidad.

xxx La AEMPS.

Las Comunidades Autónomas.

Las gerencias de los hospitales y de los sectores de salud.

Los ayuntamientos.

---

24 ¿Cuál de los siguientes no es un nivel de equipo PROA en las normas PRAN?

Básico.

xxx Estándar.

Avanzado.

Excelente.

Ninguno de los anteriores.

---

25 ¿Cuál de los siguientes NO es un estándar de la tipología indicadores?

Mortalidad cruda (%) de los pacientes de las cinco primeras causas de bacteriemia en el centro a los 14 días excluyendo los estafilococos coagulasa negativos.

xxx Documento Marco del PROA.

Datos anuales de sensibilidad acumulada.

Datos anuales de consumo de antimicrobianos.

Número de tratamientos con una duración mayor de 7 días/número de tratamientos antibióticos totales.

---

26 En relación al sistema CRISPR es FALSO que:

Es un sistema inmunitario adaptativo natural de los procariotes.

xxx Es un sistema basado en inteligencia artificial.

Se puede utilizar para la detección de virus, bacterias, hongos y parásitos.

Permite detectar genes de resistencia y sensibilizar a la bacteria a antibióticos.

Permite editar genes.

---

27 Respecto a la metabolómica es FALSO que:

Se puede utilizar para identificar microorganismos.

Se puede utilizar para conocer la sensibilidad a antibióticos.

Se puede combinar con otras tecnologías para el diagnóstico rápido.

xxx Se basa en la detección las proteínas de los microorganismos.

Todas las anteriores son falsas.

---

28 Considerando la política de rotación de antibióticos (cycling / mixing), sólo una de las siguientes afirmaciones es cierta:

Esta estrategia ha demostrado reducir claramente el riesgo de adquisición o desarrollo de resistencia bacteriana en pacientes críticos.

Ha conseguido reducir la mortalidad global y derivada de la infección de los pacientes de UCI.

Sólo ha sido una medida efectiva en subgrupos de pacientes, como oncohematológicos o neonatos.

xxx Todas las anteriores son falsas.

La a y la b son ciertas.

---

29 La estrategia de diversificación de antibióticos, especialmente con los nuevos  $\beta$ -lactámicos, podría ayudar a conseguir alguno, o algunos, de los siguientes objetivos; señálelo:

Reducir el consumo de carbapenémicos.

Evitar la toxicidad de otras familias (polimixinas, aminoglucósidos).

Minimizar el impacto sobre el microbioma.

Revertir algunas resistencias.

xxx Todas las anteriores.

---

30 En el caso de precisar cambio de cobertura antibiótica, ante un fallo terapéutico previo, en un entorno crítico de multiresistencia por *Acinetobacter baumannii* resistente a carbapenems junto con *Pseudomonas aeruginosa* productora de metalo- $\beta$ -lactamasas (carbapenemasas de clase B), el tratamiento de rescate convendría realizarlo con:

Aztreonam/avibactam.

Imipenem/relebactam.

xxx Cefiderocol.

Meropenem/vaborbactam.

Eravaciclina.