

# V CURSO GEIRAS 2023

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.

**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 ¿Cuál de los siguientes no constituye un factor de riesgo para el desarrollo de resistencia a ganciclovir en receptores de trasplante de órgano sólido?

Trasplante pulmonar.

Exposición prolongada al ganciclovir.

**RECEPTOR SEROPOSITIVO PARA CMV.**

Presencia de viremias elevadas durante el episodio de infección.

La 1 y la 4.

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

**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.

**TODAS SON CIERTAS.**

5 ¿Cuál es una de las principales limitaciones de los estudios PKPD actuales?

Que se determinan siempre las concentraciones libres de fármacos.

**QUE A VECES NO SE DISPONE DEL VALOR DE LA CMI.**

Que deben hacerse cálculos complejos con fórmulas matemáticas.

No tiene limitaciones importantes.

La 1 y la 3.

6 ¿En qué tipo de paciente hay más evidencia a favor de utilizar la perfusión extendida o continua de betalactámicos a nivel de resultados clínicos?

Paciente obeso.

Paciente crítico con hemofiltro.

Paciente con infección por aureus.

La 2 y la 3.

**NINGUNA DE LAS ANTERIORES.**

7 ¿Por qué es necesaria la estratificación del riesgo de las infecciones fúngicas invasoras?, señale la respuesta incorrecta:

Costes elevados de los procedimientos diagnósticos y los tratamientos antifúngicos (profilaxis y tratamiento)..

Aumento de la resistencia a los antifúngicos..

Interacciones farmacológicas entre agentes antifúngicos, antineoplásicos e inmunosupresores.

## **NECESIDAD DE IMPLEMENTAR UNA PROFILAXIS ANTIFÚNGICA EMPÍRICA EN TODOS LOS PACIENTES.**

Necesidad de una profilaxis antifúngica adaptada al riesgo, pruebas diagnósticas y tratamientos.

8 Las enzimas de tipo GES son betalactamasas de clase:

**A.**

B.

C.

D.

E.

9 En *Acinetobacter baumannii*, los mejores resultados de concordancia categórica entre los test fenotípicos y la predicción por WGS (ARESdb) se dan en:

Meropenem.

Ampicilina-sulbactam.

Cefepime.

## **CIPROFLOXACINO.**

Imipenem.

10 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*.

## DETECCIÓN DE LOS GENES DE LA TOXINA A O B MEDIANTE AMPLIFICACIÓN MOLECULAR.

Ensayo de citotoxicidad.

Ninguno de los anteriores.

11 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.

## ALGUNOS ALGORITMOS UTILIZAN SOLO COMO MÉTODO CONFIRMATORIO DE LA TÉCNICA DE CRIBADO LA DETECCIÓN DE LAS TOXINAS A Y B MEDIANTE ENZIMOINMUNOENSAYO.

Son técnicas rápidas, sensibles, específicas y baratas.

Las sociedades científicas apoyan su uso.

12 El porcentaje de cepas de *Candida parapsilosis* resistentes a azoles en España es aproximadamente de un:

0-5%

5-10%

**15-20%**

50-75%

80-90%

13 Señale la correcta respecto a *Candida parapsilosis*:

Sólo ocasiona infecciones endógenas.

Excepcionalmente es causa de candidemia en neonatos.

Es resistente intrínsecamente a equinocandinas.

**PUEDE TRANSMITIRSE A TRAVÉS DE OBJETOS COLONIZADOS.**

Ninguna de las anteriores.

14 Respecto a la guía para pacientes con alergia a antibióticos, señale la CIERTA:

Destaca los inconvenientes asociados con la etiqueta errónea de alergia a los antibióticos.

La mayoría de los pacientes que se autodenominan alérgicos realmente no lo son.

Mediante una historia clínica detallada se puede realizar, en muchos casos, una retirada de la etiqueta de alérgico y utilizar un betalactámico con seguridad.

**TODAS CON CIERTAS.**

La 3 es falsa.

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.

**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 La retirada de dispositivos, ¿puede tener impacto en la optimización de antibióticos?

No, únicamente son medidas de prevención de infección.

No, los dispositivos deben permanecer por si hay complicaciones durante el ingreso.

No, son factores independientes.

Si, mejora la comodidad del paciente.

**SI, REDUCIR LA DURACIÓN PUEDE REDUCIR LA TASA DE INFECCIONES ASOCIADAS AL DISPOSITIVO, EL USO DE TRATAMIENTOS ANTIBIÓTICOS PARA ESTAS U LOS COSTES ADICIONALES.**

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 *C. 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.

**METRONIDAZOL IV.**

Vancomicina + bezlotoxumab.

Vancomicina.

Fidaxomicina.

Todos son tratamientos adecuados.

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

Anfotericina B.

**FLUCONAZOL.**

Caspofungina.

Micafungina.

La c y la d.

19 ¿Cuál es la principal característica de la incidencia de *Candida auris*?

## **SE PRESENTA PRINCIPALMENTE EN FORMA DE BROTES HOSPITALARIOS.**

Afecta principalmente al sistema nervioso central.

Está asociada a la incidencia de otras levaduras del género Candida.

Su incidencia está asociada a factores estacionales.

Todas son correctas.

20 Sobre los datos médicos para poder realizar IA:

Es aconsejable recogerlos utilizando un procesamiento de lenguaje natural.

## **LO MÁS IMPORTANTE ES ASEGURAR LA CALIDAD DE LOS DATOS.**

Es imprescindible que sean estructurados.

Sólo pueden provenir de una localización.

Todas son correctas.

21 La inteligencia artificial en medicina puede permitir...

Tomar decisiones objetivas.

Tomar decisiones personalizadas.

Identificar subgrupos de pacientes con características similares.

Ayudar al clínico en la toma de decisiones.

## **TODO LO ANTERIOR.**

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.

**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.

**LA AEMPS.**

Las Comunidades Autónomas.

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

Los ayuntamientos.

24Los sistemas de lectura automatizada basados en inteligencia artificial son útiles para:

La lectura de auraminas para detectar bacilos ácido alcohol-resistentes.

La detección de genes de resistencia.

La lectura de secuencias de ADN.

**LA LECTURA DE ANTIBIOGRAMAS MEDIANTE DIFUSIÓN CON DISCOS.**

Ninguna de las anteriores es cierta.

25 En relación al sistema CRISPR es FALSO que:

Es un sistema inmunitario adaptativo natural de los procariotes.

**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.

26 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.

**SE BASA EN LA DETECCIÓN LAS PROTEÍNAS DE LOS MICROORGANISMOS.**

Todas las anteriores son falsas.

27 Respecto a la política rotacional de antibióticos, la característica o diferencia principal entre ciclado/mezclado (cycling / mixing) de antibióticos, es la siguiente:

En el ciclado, el antibiótico de primera línea cambia para cada paciente consecutivo y se alterna en cada nuevo episodio de fiebre o sospecha de infección, según el protocolo prefijado.

En el mezclado, la pauta de tratamiento antibiótico empírico es fija, estructurada y en bloque para todos los pacientes, por un periodo de tiempo predeterminado (semanas o meses), tras el cual se cambia a otro antibiótico por periodo similar, y sucesivamente.

**AMBAS ESTRATEGIAS PUEDEN LLEVARSE A CABO CON USO DE MÁS DE DOS O TRES ANTIBIÓTICOS, PREFERIBLEMENTE B-LACTÁMICOS, Y OCASIONALMENTE SE INCLUYEN OTRAS FAMILIAS (QUINOLONAS, TETRACICLINAS).**

Todas las anteriores son ciertas.

Todas las anteriores son falsas.

28 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.

### **TODAS LAS ANTERIORES.**

29 En el caso de precisar cambio de cobertura antibiótica, ante un fallo terapéutico previo, en un entorno crítico de multirresistencia 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.

### **CEFIDEROCOL.**

Meropenem/vaborbactam.

Eravaciclina.

30 Ante un fracaso terapéutico de ceftazidima/avibactam en el manejo de una infección grave por enterobacterias (*Klebsiella pneumoniae*) multirresistentes, productora de carbapenemasa de clase A (p. ej. KPC), con conocimiento del antibiograma y mecanismos de resistencias, podríamos teóricamente ofertar tratamiento dirigido con alguno de los siguientes, excepto:

Cefiderocol.

Colistina.

Meropenem/vaborbactam.

### **CEFTOLOZANO/TAZOBACTAM.**

Imipenem/relebactam.