

**XIV Curso de Actualización en Patología Infecciosa y Antimicrobianos de uso Clínico (Infelínico 2025)  
Cuestionario de evaluación del alumnado**

**1.- En medicina de urgencias e intensivos el error diagnóstico más frecuente entre pacientes que fallecen es:**

- a) Confundir procesos cardiovasculares con infecciosos
- b) Confundir procesos digestivos con neurológicos
- c) Confundir procesos metabólicos con cardiovasculares
- d) Confundir procesos infecciosos con geriátricos

**2.- Respecto a la distribución del ancho de los monocitos (MDW), ha mostrado su utilidad para:**

- a) Distinguir procesos bacterianos de virales
- b) Estratificar el pronóstico de los pacientes, mejorando la precisión diagnóstica de otros biomarcadores
- c) Distinguir entre pacientes con sepsis y sin ella
- d) Monitorizar la respuesta al tratamiento hemodinámico en sepsis

**3.- El punto de corte de mayor precisión utilizado para el MDW (distribución del ancho de monocitos) es de:**

- a) 29-35
- b) 19-25
- c) 10-16
- d) 5-9

**4.- Los programas PRODIM (Programas de optimización del diagnóstico microbiológico, diagnostic stewardship) tiene como objetivo**

- a) Propiciar la toma de decisiones terapéuticas y preventivas adecuada
- b) Seleccionar la prueba diagnóstica más adecuada, en el paciente más adecuado y en el momento óptimo
- c) Conseguir la máxima eficacia clínica con un diagnóstico de calidad y coste-efectivo
- d) Todas las anteriores son correctas

**5.- Indique la respuesta que NO es correcta en relación a los programas PRODIM en el diagnóstico de la sepsis**

- a) No son adecuados para su implementación en la etapa preanalítica
- b) Pueden implementarse en la fase analítica con la introducción de pruebas rápidas de sensibilidad a los antimicrobianos a partir de hemocultivos positivos
- c) Los paneles sindrómicos moleculares rápidos orientados a la sepsis en pacientes críticos encajan dentro de los objetivos y actuaciones PRODIM de diagnóstico de sepsis
- d) La comunicación de resultados del diagnóstico microbiológico a los equipos PROA y de código sepsis son ineludibles en las actuaciones PRODIM de diagnóstico de sepsis

**6.- Indique la respuesta FALSA en relación a los beneficios asociados en las actuaciones PRODIM en el diagnóstico de sepsis**

- a) Son claramente beneficiosos al analizar el tiempo de repuesta del laboratorio/servicio de Microbiología
- b) Son más sencillos de analizar desde el punto de vista de la atención del paciente si se incluye el tiempo de estancia en el hospital
- c) Siempre demuestran una reducción de la mortalidad
- d) Mejoran las actuaciones de los equipos PROA

**7.- Respecto a la actividad de los nuevos beta-lactámicos con inhibidores de beta-lactamasas frente a Pseudomonas aeruginosa es CIERTO que:**

- a) Meropenem-vaborbactam es activo en cepas resistentes a meropenem
- b) Cefepima-enemetazobactam es activo en cepas productoras de carbapenemasas de clase A.
- c) Ceftazidima-avibactam es activo frente a cepas productoras de la carbapenemasa VIM
- d) Imipenem-relebactam es activo frente a cepas resistentes a imipenem no productoras de carbapenemasas.

**8.- Indicar la respuesta CIERTA respecto a la actividad de los nuevos beta-lactámicos con inhibidores de beta-lactamasas frente a Enterobacterales:**

- a) Meropenem-vaborbactam es activo en cepas resistentes a ceftazidima-avibactam con mutaciones en KPC
- b) Imipenem/relebactam es activo frente a cepas productoras de beta-lactamasas de clase A, C y D.
- c) Meropenem/vaborbactam es activo frente a cepas productoras de carbapenemasas de clase A y D.
- d) Enmetazobactam tiene actividad frente a carbapenemasas de clase A y B.

**9.- Indicar la respuesta CIERTA:**

- a) Sulbactam/durlobactam no es activo frente a Acinetobacter baumannii.
- b) Enmetazobactam además de ser un inhibidor de beta-lactamasas posee actividad antimicrobiana y se considera un potenciador de los beta-lactámicos.
- c) Aniborbactam tiene actividad frente a beta-lactamasas de clase B.
- d) Ninguno de los nuevos inhibidores de beta-lactamasas mejora el espectro de actividad de los ya aprobados.

**10.- Con respecto a la neumonía asociada a la asistencia sanitaria, es correcto:**

- a) Según el informe EPINE 2024 la neumonía de adquisición nosocomial representó el 20% de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.
- b) Es la infección relacionada con la asistencia sanitaria con mayor impacto en el pronóstico de los pacientes.
- c) En algunas series, hasta el 40% de los pacientes necesitaron ingreso en una unidad de cuidados intensivos.
- d) Todas son ciertas.

**11.- ¿Cuál es el microorganismo más frecuente identificado con causante de la neumonía nosocomial en España?**

- a) *S. aureus*.
- b) *E. coli*.
- c) *P. aeruginosa*.
- d) *A. baumannii*.

**12.- ¿Cuál de los siguientes antibióticos no estaría indicado para el tratamiento de una neumonía asociada a ventilación mecánica por *K. pneumoniae* productora de carbapenemasa KPC?**

- a) Imipenem-relebactam
- b) Meropenem-vaborbactam
- c) Ceftazidima-avibactam
- d) Ceftolozano-tazobactam

**13.- ¿Qué característica diferencia a las metalo- $\beta$ -lactamasas (MBLs) de otras  $\beta$ -lactamasas?**

- a) Su capacidad para hidrolizar todos los antibióticos  $\beta$ -lactámicos, excepto aztreonam.
- b) Su resistencia a inhibidores de  $\beta$ -lactamasas de uso clínico, como avibactam.
- c) Su activación en presencia de altas concentraciones de carbapenémicos.
- d) Su sensibilidad a combinaciones con cefalosporinas de tercera generación.

**14.- ¿Cuál es el principal desafío en el desarrollo de inhibidores para metalo- $\beta$ -lactamasas?**

- a) Su capacidad de mutar rápidamente.
- b) La heterogeneidad estructural de las MBLs.
- c) Su localización intracelular en bacterias.
- d) La limitada biodisponibilidad de los nuevos fármacos.

**15.- ¿Cuál es la principal fuente de diseminación de genes que codifican metalo- $\beta$ -**

- a) Mutaciones espontáneas en bacterias comensales.
- b) Transferencia horizontal mediada por plásmidos.
- c) Uso inadecuado de antibióticos en infecciones virales.
- d) Evolución natural de las bacterias del suelo

**16.- En cuanto al diagnóstico de la peritonitis nosocomial es cierto:**

- a) Las técnicas moleculares sobre líquido peritoneal aportan información sobre los microorganismos implicados
- b) Las técnicas moleculares en sangre son la referencia diagnóstica en la actualidad
- c) El cultivo convencional del líquido abdominal está en desuso
- d) Todas las anteriores son ciertas

**17.- De los nuevos antibióticos es cierto que**

- a) Imipenem/relebactam es una excelente opción para la peritonitis comunitaria
- b) Hay datos de la utilización con buenos resultados de Cefiderocol en pacientes con infección intraabdominal
- c) Eravaciclina puede ser una excelente alternativa
- d) b. y c. son ciertas

**18.- Señale la respuesta correcta:**

- a) Los pacientes con infección por VIH que toman tratamiento antirretroviral y están indetectables, no transmiten la infección por ninguna vía
- b) Los pacientes con infección por VIH virológicamente suprimidos, si tienen CD4 por debajo de 200 sí pueden transmitir la infección
- c) Un individuo que está en programa de PrEP y tiene una relación sexual de riesgo, debería recibir, además, profilaxis postexposición
- d) Las mujeres que viven con VIH no pueden tener hijos sanos aunque tomen el tratamiento antirretroviral

**19.-Cuál de los siguientes sería una contraindicación para iniciar tratamiento antirretroviral con dolutegravir/lamivudina en un paciente con nuevo diagnóstico de infección por vih**

- a) Paciente naive al TAR
- b) Coinfectado por virus B
- c) > 65 años
- d) Historia de resistencias a no análogos

**20.- En España, cuál es el tratamiento antirretroviral de acción prolongada aprobado por el Ministerio de Sanidad**

- a) Lenacapavir 1 inyección cada 6 meses
- b) Dolutegravir/rilpivirina cada 3 meses
- c) Cabotegravir/rilpivirina cada 2 meses
- d) Cabotegravir cada mes

**21.- En una de las siguientes situaciones los paneles sindrómicos moleculares pueden tener una utilidad diagnóstica limitada:**

- a) En un paciente inmunodeprimido
- b) En un paciente con neumonía comunitaria grave que precisa ventilación mecánica
- c) En un paciente con traqueobronquitis
- d) a y c son correctas

**22.- En las plataformas sindrómicas de meningitis/encefalitis disponibles, hay una plataforma que ofrece los valores Ct (threshold cycle) de forma directa, sabrías decir cuál?**

- a) FilmArray ME
- b) GenXpert
- c) QIAstat-Dx Meningitis/Encephalitis
- d) Verigene system assay

**23.- ¿Cuál de las siguientes muestras se considera la más apropiada y recomendada para realizar un panel sindrómico de neumonía en un paciente crítico?**

- a) Aspirado traqueal
- b) Lavado broncoalveolar
- c) Broncoaspirado (G2 Murray & Washington)
- d) Espudo inducido

**24.- Respecto a las técnicas tradicionales de diagnóstico micológico basadas en cultivo y microscopía, es cierto que:**

- a) Actualmente ya no son de elección. Los biomarcadores y las técnicas moleculares están reemplazando su utilización
- b) La sensibilidad del examen en fresco supera en muchas ocasiones el 60%
- c) La probabilidad de aspergilosis pulmonar invasora cuando crece *A. fumigatus* en cultivo de muestra respiratoria baja, se mantiene en torno al 12% independientemente del tipo de paciente
- d) Según los datos aportados por el estudio ENVIN-HELICS. La incidencia de aislamiento de *Candida* spp en las infecciones en UCI, excluyendo las septicemias secundarias a otros focos, se ha disparado en los últimos años, en detrimento de los aislamientos de *Aspergillus* spp.

**25.- Señala la respuesta falsa:**

- a) El uso de biomarcadores en pacientes críticos con sospecha de infección fúngica, complementa, no sustituye los sistemas tradicionales basados en cultivo
- b) Siempre hay que utilizar biomarcadores en función del riesgo y probabilidad pretest de cada sistema
- c) Su uso combinado, permite descartar cualquier infección fúngica
- d) Hay que tener una sospecha clínica del tipo de hongo que puede estar produciendo la infección para solicitar el biomarcador adecuado

**26.- Señala la verdadera**

- a) Un test de BDGlucano negativo descarta infección por *Candida* en un paciente crítico
- b) Un test BDGlucano positivo en BAL, confirma infección fúngica en pacientes críticos
- c) Un BDGlucano positivo es suficiente para confirmar infección por *Pneumocystis jirovecii* en un paciente con clínica y radiología compatible
- d) La combinación de BDGlucano y PCR de *P. jirovecii* en BAL tiene un alto valor predictivo negativo y descarta con alta probabilidad PJP

**27.- ¿Cuál de las siguientes inmunodeficiencias primarias es más frecuente en el adulto?**

- a) Inmunodeficiencia variable común
- b) Síndrome de Wiskott-Aldrich
- c) Enfermedad granulomatosa crónica
- d) Síndrome de Chediak-Higashi

**28.- ¿Qué prueba de laboratorio resultará más útil en el diagnóstico de un varón de 25 años con meningitis recurrentes por meningococo?**

- a) Estudio de subpoblaciones linfocitarias en sangre
- b) Cuantificación sérica de subclases de inmunoglobulina G
- c) Determinación en sangre de C3 (complemento)
- d) Ensayo de proliferación de linfocitos T

**29.- ¿Cuál es una de las ventajas de los nuevos betalactámicos en comparación con los antibióticos clásicos como la colistina o los aminoglucósidos?**

- a) Son efectivos en todas las infecciones por lo que disminuyen la necesidad de resultados microbiológicos.
- b) Presentan mayor eficacia clínica y mejores características farmacocinéticas
- c) No requieren ajustes de dosis en pacientes críticos.
- d) Aportan mejores características farmacocinéticas pero necesitan de la combinación con aminoglucósido / colistina para asegurar su eficacia.

**30.- En un paciente con shock séptico colonizado por una carbapenemasa tipo MBL, ¿cuál es la opción de tratamiento antibiótico más acertada?**

- a) Se inicia tratamiento empírico con piperacilina-tazobactam hasta obtener resultados microbiológicos.
- b) Se administra colistina en monoterapia, ya que es eficaz contra todas las bacterias multirresistentes.
- c) Se pauta empíricamente cefiderocol hasta la obtención de los resultados microbiológicos.
- d) Se retrasa el tratamiento antibiótico hasta confirmar el microorganismo mediante cultivos.

**31.- ¿Cuál es la utilidad de las técnicas de diagnóstico microbiológico moleculares como FilmArray Point of Care en pacientes con sepsis grave?**

- a) A) No tienen un impacto significativo en el tratamiento de la sepsis, ya que los cultivos siguen siendo el estándar de oro.
- b) Permiten acortar tiempos, en menos de 1 hora se puede descartar o confirmar microorganismos e incluso mecanismos de resistencia, lo que permite iniciar un tratamiento empírico-dirigido casi desde el inicio del cuadro séptico
- c) Son útiles únicamente para detectar virus, pero no ayudan en el manejo de infecciones bacterianas graves
- d) Solo sirven para la vigilancia epidemiológica, pero no tienen aplicación en el tratamiento inmediato del paciente séptico.

**32.- Cuáles son los factores de riesgo de mortalidad más frecuentes en bacteriemia en pacientes con LMA, aún con tratamiento antibiótico de amplio espectro**

- a) Desconocimiento del agente etiológico.
- b) Que se asocie q clínica respiratoria o urinaria.
- c) Que esté relacionada la bacteriemia con el catéter.
- d) A y C son correctas.

**33.- Señale la respuesta falsa sobre la infección en el paciente neutropenico**

- a) La resistencia media a piperacilina-tazobactam o Cefepime en BGN que producen bacteriemia en fiebre neutropenica es del 65-70%
- b) La inadecuación en el tratamiento de la bacteriemia por pseudomonas aeruginosa es del 30% a meropenem y del 20 % a piperacilina tazobactam
- c) El 100 % de los pacientes con neutropenia febril presentan colonización rectal por MMR a los 30 días de ingreso.
- d) Para una terapia empírica adecuada según las guías de la IDSA hay que valorar los cultivos previos, la antibioterapia previa y los patrones de resistencia locales.

**34.- ¿Cuál de las siguientes condiciones se asocia con una mayor incidencia de infección por CMV?**

- a) Cáncer metastásico
- b) Infección VIH con  $<200$  CD4/ul
- c) Trasplante alogénico de precursores hematopoyéticos
- d) Trasplante de pulmón

**35.- Una de las siguientes no es correcta en relación a Letermovir**

- a) Su uso está indicado en prevención y tratamiento de infección CMV
- b) Su barrera genética es baja
- c) Su mecanismo de acción inhibe el complejo terminasa
- d) Produce menos mielotoxicidad que ganciclovir

**36.- ¿Cuál de los siguientes efectos secundarios tiene menos relación?**

- a) Ganciclovir-mielotoxicidad
- b) Foscarnet-nefrotoxicidad
- c) Brincidifovir-estreñimiento
- d) Maribavir-alteración del gusto

**37.- En relación a si los antimicrobianos administrados por vía intravenosa son más efectivos que los antibióticos orales, señale cuál de entre los siguientes no disfruta de una buena o alta biodisponibilidad por vía oral que garantice efectividad:**

- a) Linezolid
- b) Levofloxacino
- c) Rifampicina
- d) Cloxacilina

**38.- Hoy se acepta que en el tratamiento antimicrobiano de bastantes síndromes infecciosos se puede aplicar el lema “menos es más”, y pueden reducirse de forma garantizada las duraciones de los tratamientos, a excepción de uno de los enunciados a continuación:**

- a) Neutropenia febril
- b) Neumonía aguda de la comunidad
- c) Infección protésica articular
- d) Infección intraabdominal

**39.- ¿Cuál de los siguientes mitos o dogmas en antibioterapia de las enfermedades infecciosas le parece incorrecto y debería procederse a modificarlo y cambiar?**

- a) Una historia previa de alergia a penicilina nunca debería permitir uso de  $\beta$ -lactámicos
- b) Son necesarios antibióticos de profilaxis en pacientes quirúrgicos con drenajes
- c) Una CMI más baja en los antibiogramas significa mayor eficacia del antibiótico
- d) Todos son incorrectos