

1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO
2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO

ACCESO: LIBRE

CONCURSO-OPOSICIÓN 2023 PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES DE:
FEA MEDICINA INTERNA INFECCIOSOS

ADVERTENCIAS:

- **ESTÁ PROHIBIDA LA ENTRADA AL AULA Y PUESTO DE EXAMEN con TELEFONO MÓVIL (o dispositivo electrónico conectado a datos, en general).**
- **EN LA CONTRAPORTADA DE ESTE CUADERNILLO ENCONTRARÁ INSTRUCCIONES QUE DEBE SEGUIR EN CASO DE HABER OLVIDADO DEJAR EL TELEFONO MÓVIL ANTES DE ACCEDER AL AULA DE EXAMEN.**
- **ESTÁ PROHIBIDO HABLAR DESDE EL INICIO DE LA PRUEBA.**
- **NO ABRA EL CUADERNILLO HASTA QUE SE LE INDIQUE.**
- **EL INCUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES SUPONDRÁ LA EXPULSIÓN DEL PROCESO.**

- Compruebe que en su «**Hoja de Respuestas**» están sus datos personales, que son correctos, y **no olvide firmarla.**
- **El tiempo de duración de las dos pruebas es de tres horas.**
- **Para abrir este cuadernillo, rompa el precinto cuando se indique.**
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, solicite su sustitución. **PARA ELLO LEVANTE LA MANO Y ESPERE EN SILENCIO A SER ATENDIDO POR LAS PERSONAS QUE ESTAN VIGILANDO EL EXAMEN.**
- Este cuadernillo incluye las preguntas correspondientes a la «**1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO**» y «**2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO**».

1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO

- Esta prueba consta de 100 preguntas, numeradas de la 1 a la 100, y 3 de reserva, situadas al final del cuestionario, numeradas de la 151 a la 153.
 - Las preguntas de esta prueba teórica deben ser contestadas en la «**Hoja de Respuestas**», numeradas de la 1 a la 100.
 - Las preguntas de reserva deben ser contestadas en la zona destinada a «**Reserva**» de la «**Hoja de Respuestas**», numeradas de la 151 a la 153.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor y sumarían un máximo de 50 puntos.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con $\frac{1}{4}$ del valor del acierto.

2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO

- Esta prueba consta de 50 preguntas, numeradas de la 101 a la 150.
 - Las preguntas de esta prueba práctica deben ser contestadas en la «**Hoja de Respuestas**», numerada de la 101 a la 150.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor y sumarían un máximo de 50 puntos.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con $\frac{1}{4}$ del valor del acierto.

- Todas las preguntas tienen 4 respuestas alternativas, siendo sólo una de ellas la correcta.
- Solo se calificarán las respuestas marcadas en su «**Hoja de Respuestas**».
- Compruebe siempre que el número de respuesta que señale en su «**Hoja de Respuestas**» es el que corresponde al número de pregunta del cuadernillo.
- Este cuadernillo puede utilizarse en su totalidad como borrador.

SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR SU «HOJA DE RESPUESTAS», LEA MUY ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN AL DORSO DE LA MISMA.

ESTE CUADERNILLO DEBERÁ ENTREGARSE EN SU TOTALIDAD AL FINALIZAR EL EJERCICIO. Si desea un ejemplar puede obtenerlo en la página web del Organismo.

**CONTINÚA EN LA
CONTRAPORTADA**

-
- 1 En el artículo 22 del Estatuto de Autonomía de Andalucía se reconoce la Salud como un derecho, haciéndose eco el legislador del mandato de la Constitución que garantiza la protección de la salud como derecho constitucional. Señale a través de qué instrumento o medio se garantizará este derecho, según se dicta en este mismo artículo del Estatuto de Autonomía (Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo):**
- A) Mediante un sistema sanitario público de carácter universal.
 - B) A través de Mutuas colaboradoras de la Seguridad Social.
 - C) Mediante convenios y conciertos entre el proveedor público de servicios sanitarios y las entidades privadas del sector sanitario.
 - D) A través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- 2 La Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM) tiene como objetivo el desarrollo y gestión de recursos de apoyo social para personas con dependencia y discapacidad derivada de padecer trastornos mentales graves. Señale a qué órgano directivo de la actual Consejería de Salud y Consumo está adscrita esta entidad instrumental, y tiene asignados la orientación, tutela y gestión técnica de FAISEM:**
- A) Viceconsejería.
 - B) Secretaría General Técnica.
 - C) Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.
 - D) Dirección General de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones.
- 3 El vigente RGPD (Reglamento General de Protección de Datos) aprobado por el Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea (Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos) establece unos principios generales relativos al tratamiento de los datos personales, entre los que se encuentran los siguientes, EXCEPTO:**
- A) Principios de licitud, lealtad y transparencia.
 - B) Principio de limitación del plazo de conservación.
 - C) Principio de seguridad digital.
 - D) Principio de minimización de datos.

- 4 Según el artículo 11 de la Ley 55/2003 (del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud), el Foro Marco para el Diálogo Social depende de:**
- A) La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.
 - B) El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
 - C) El Ministerio de Sanidad.
 - D) La Mesa Sectorial de Sanidad.
- 5 Según la Ley 41/2002 (básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica), los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo:**
- A) 4 años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.
 - B) 5 años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.
 - C) 10 años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.
 - D) 15 años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.
- 6 Referido al "Modelo de Acreditación de Competencias Profesionales" en el ámbito del SSPA, son correctas todas las respuestas que siguen, EXCEPTO:**
- A) La acreditación consiste en el reconocimiento expreso por parte de la Administración Sanitaria del desarrollo alcanzado por un profesional que se ha sometido a un proceso voluntario de evaluación para la mejora continua de sus labores asistenciales, docentes y de investigación.
 - B) La certificación se realiza verificando la presencia de competencias clave en la práctica real, de acuerdo a estándares determinados por la evidencia científica y el consenso de expertos.
 - C) El sistema de acreditación del nivel de la competencia profesional de los profesionales sanitarios del SSPA está regulado por el Decreto 18/2007, de 23 de enero.
 - D) La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), actualmente adscrita a la Consejería de Salud e integrada en la Fundación Progreso y Salud, es el órgano competente para la acreditación de la competencia profesional.
- 7 El instrumento de que se dota la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud para establecer las actividades a realizar por sus centros y los recursos de que éstos dispondrán a lo largo de un año, enmarcados en el planteamiento de una sanidad pública gestionada con los profesionales, basada en los resultados en salud y orientada a prestar la mejor asistencia posible a los pacientes, se conoce por:**
- A) Plan Estratégico Anual.
 - B) Programa de Racionalización Operativa Anual (PROA).
 - C) Acuerdo de Gestión Clínica.
 - D) Contrato Programa.

8 La segunda opinión médica (SOM) es un derecho de las personas usuarias del Servicio Andaluz de Salud cuando estas padecen una enfermedad diagnosticada como de pronóstico fatal, incurable o que compromete gravemente su calidad de vida, o bien cuando el tratamiento propuesto conlleva un elevado riesgo vital. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre este derecho de segunda opinión médica y su regulación y acceso a la prestación del mismo en el ámbito del SAS es INCORRECTA?

A) Cuando una persona solicita una SOM, y esta resulta estimatoria según lo establecido en la normativa, un facultativo experto estudia la información procedente de su historia clínica y emite un informe que se envía directamente a la persona solicitante, o a quien esta haya autorizado para actuar en su nombre.

B) Para solicitar una SOM la persona solicitante debe haber sido diagnosticada previamente y no requerir tratamiento urgente o inmediato.

C) El ejercicio del derecho a la SOM, en los casos previstos en la normativa regulatoria, conlleva la libre elección de especialista y centro hospitalario por parte de la persona solicitante.

D) Es un requisito que el diagnóstico de la enfermedad o el tratamiento propuesto para la persona solicitante lo haya sido en cualquier centro dependiente del Servicio Andaluz de Salud.

9 Referido a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y su valoración, es cierto que:

A) La valoración de la CVRS se centra en una evaluación objetiva de las tres dimensiones fundamentales de funcionamiento de la persona: física, psicológica-cognoscitiva y social.

B) La valoración de la CVRS tiene interés sólo en estudios de investigación (como medición de resultados percibidos por el paciente), no siendo aplicable en la práctica clínica por su complejidad y variabilidad.

C) La mayoría de los instrumentos de evaluación de la CVRS son cuestionarios, que deben poseer cualidades psicométricas como validez, fiabilidad y sensibilidad a los cambios.

D) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

10 Usted está leyendo un artículo que publica los resultados de un gran ensayo clínico aleatorizado y doble ciego, de gran interés en su ámbito profesional. En concreto le llama la atención el resultado que muestra este estudio sobre la mortalidad global al comparar un nuevo tratamiento experimental con la terapia estándar hasta este momento, en una población de pacientes que tienen un perfil muy similar a los que se tratan en su Unidad. Este resultado publicado es: $RR = 0.71$ (IC95% 0.98-0.59, $p=0.046$). ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

A) El valor p asociado al contraste no es significativo estadísticamente.

B) La reducción relativa del riesgo (RRR) para la variable "mortalidad global" es aproximadamente del 29%.

C) El NNT (número de pacientes que necesitaría tratarse con el nuevo tratamiento en vez del estándar para reducir un resultado de muerte por cualquier causa) sería 71.

D) La probabilidad de que estos resultados se deban al error del muestreo es del 95%.

- 11 Referido a las pruebas paramétricas en Estadística Inferencial, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**
- A) Cuantifican la asociación o independencia entre una variable cuantitativa y una categórica.
 - B) Exigen ciertos requisitos previos para su aplicación: distribución Normal de la variable cuantitativa en los grupos que se comparan, homocedasticidad de varianzas en las poblaciones de las que proceden los grupos y un tamaño muestral n no inferior a 30.
 - C) T de Student y ANOVA son las pruebas paramétricas más habituales.
 - D) Todas son correctas.
- 12 Un estudio de investigación analiza la posible relación entre el consumo de carnes rojas y el desarrollo de determinadas neoplasias digestivas, en concreto cáncer colorrectal (CCR), bajo un diseño epidemiológico de "casos y controles". Está claro que la población de la que se obtendrían los "casos" serían pacientes diagnosticados de CCR, pero ¿cuál sería la población de la que se obtendrían los "controles" para llevar a cabo este estudio y obtener una estimación no sesgada del riesgo de CCR asociado a la ingesta de carnes rojas?**
- A) Pacientes diagnosticados de otras neoplasias digestivas y que reconozcan no ser vegetarianos.
 - B) Pacientes sin CCR que sean vegetarianos.
 - C) Pacientes sin CCR que provengan de la misma población de la que la provienen los casos.
 - D) Pacientes con CCR que reconozcan no comer carnes rojas.
- 13 Según la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica, ¿cuál de los siguientes estudios NO requerirá de la preceptiva evaluación y aprobación por un Comité de Ética de la Investigación (CEI)?**
- A) Un estudio descriptivo de las características clínicas, inmunológicas, genéticas y demográficas de una serie multicéntrica de pacientes diagnosticados de esclerodermia sistémica.
 - B) Una tesis doctoral que evalúa la correlación entre varios tipos de analgesia local y el control del dolor secundario a extracción dental, que se va a llevar a cabo con pacientes atendidos en un gabinete odontológico conveniado con la universidad.
 - C) Un estudio experimental en conejos para evaluar una nueva molécula de posible efecto antiangiogénico, aplicándola intraocularmente.
 - D) Un estudio de tipo cualitativo con diseño de investigación-acción participativa que evalúa un programa de atención paliativa en domicilio involucrando a profesionales, pacientes y familiares.
- 14 Referida a las técnicas de muestreo en estudios de investigación, solo una de las siguientes es de tipo aleatorio o probabilístico:**
- A) Muestreo "bola de nieve".
 - B) Muestreo por cuotas.
 - C) Muestreo por conveniencia.
 - D) Muestreo estratificado.

- 15 El sistema de información sanitaria que recoge datos clínicos y del uso de recursos sanitarios de cada una de las personas que reciben asistencia sanitaria en el Servicio Andaluz de Salud, se conoce por:**
- A) BPS (Base Poblacional de Salud).
 - B) BDU (Base de Datos de Usuarios).
 - C) Historia Clínica Digital DIRAYA.
 - D) COANhYd.
- 16 En relación a la prevención de la infección perioperatoria por bacterias gram-negativas multirresistentes (asumiendo como indicadas las recomendaciones que el consenso de la ESCMID/EUCIC 2023 clasifica como condicionales), ¿en qué intervención quirúrgica o procedimiento diagnóstico NO está indicado hacer un estudio previo de colonización rectal?**
- A) Cirugía colorectal.
 - B) Histerectomía.
 - C) Biopsia transrectal guiada por ecografía.
 - D) Trasplante hepático.
- 17 ¿Cuál es el antifúngico de elección en una Aspergillosis Invasora pulmonar?**
- A) Voriconazol.
 - B) Itraconazol.
 - C) Posconazol.
 - D) Anfotericina liposomal.
- 18 ¿Cuál de los siguientes antibióticos presenta actividad frente a Enterobacterales productores de carbapenemasa tipo OXA-48?**
- A) Ceftolozano-Tazobactam.
 - B) Meropenem-Vaborbactam.
 - C) Ceftazidima-Avibactam.
 - D) Imipenem-Relebactam.
- 19 Señale la respuesta FALSA respecto a la terapia antibiótica domiciliaria endovenosa (TADE):**
- A) El tipo de catéter más adecuado para tratamientos entre 7 y 14 días es el midline.
 - B) Es aconsejable realizar un control analítico al menos una vez por semana.
 - C) En las infecciones osteoarticulares el tratamiento intravenoso seguido de tratamiento oral ha demostrado ser tan eficaz como el tratamiento intravenoso prolongado.
 - D) El tratamiento de la neutropenia febril mediante esta estrategia debe ser más prolongado que cuando se realiza de forma intrahospitalaria.
- 20 Señale la respuesta FALSA respecto al Ceftobiprol:**
- A) Es activo frente a Staphylococcus aureus resistente a Meticilina.
 - B) Es activo frente a Klebsiella pneumoniae no productora de BLEE, AmpC plasmídica ni carbapenemasas.
 - C) Puede emplearse en la neumonía asociada a la ventilación mecánica.
 - D) Es una cefalosporina de quinta generación.

- 21 Un paciente con un accidente cerebrovascular, trasladado de un hospital de Marruecos tras ser extubado, ingresa en nuestro centro. Tiene una traqueostomía y presenta un cuadro compatible con traqueobronquitis purulenta. En muestras respiratorias de buena calidad se aísla una Klebsiella pneumoniae productora de una metalobetalactamasa tipo VIM y una betalactamasa CTX-M-15. ¿Con que antibiótico la trataría?**
- A) Aztreonam.
 - B) Ceftazidima-Avibactam.
 - C) Meropenem-Vaborbactam.
 - D) Cefiderocol.
- 22 Ante un paciente con fractura de base de cráneo y fístula de LCR, señale cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera:**
- A) Debe iniciarse tratamiento con Ceftriaxona + Vancomicina.
 - B) Debe realizarse una intervención quirúrgica urgente para sellar la fístula.
 - C) No se recomienda profilaxis antibiótica.
 - D) Está indicada la vacunación frente al meningococo.
- 23 Ante la sospecha de infección de un sistema de derivación ventrículo-peritoneal, ¿qué actitud le parece más adecuada?**
- A) Retirada del sistema infectado, colocación de un drenaje ventricular externo, tratamiento con antibioterapia intravenosa y reimplante de un nuevo sistema en un segundo tiempo.
 - B) Retirada del sistema, reimplante de un nuevo sistema de derivación ventrículo-atrial con extremo proximal en el ventrículo contralateral en el mismo acto quirúrgico, y tratamiento con antibioterapia intravenosa.
 - C) Retirada del sistema de derivación tras 7 días de antibioterapia intravenosa de amplio espectro, y reimplante de un sistema nuevo en ese momento.
 - D) Es posible conservar el sistema de derivación en caso de cultivo negativo de LCR, si se realiza antibioterapia intravenosa de amplio espectro durante 21 días
- 24 El Virus respiratorio sincitial (VRS) puede producir neumonía en los pacientes inmunodeprimidos. ¿Qué recomendación NO le parece correcta?**
- A) Los pacientes con sospecha o enfermedad neumónica comprobada deben mantenerse en aislamiento de contacto.
 - B) Tiene especial gravedad en pacientes trasplantados pulmonares.
 - C) Se recomienda tratamiento con Ribavirina en los trasplantados pulmonares con neumonía.
 - D) Los pacientes con insuficiencia respiratoria grave NO se benefician de los corticoides sistémicos.
- 25 En relación al uso de Letemovir en trasplante de progenitores hematopoyéticos, indique qué respuesta es INCORRECTA:**
- A) Letemovir puede administrarse por vía oral.
 - B) Puede utilizarse para el tratamiento de la viremia asintomática por CMV.
 - C) Puede utilizarse en profilaxis.
 - D) No produce neutropenia.

- 26 Siguiendo las actuales recomendaciones SEIMC, basadas en la guías de práctica clínica de la European Federation of the Neurology Societies (EFNS), ¿qué tratamiento recomendaría para una parálisis facial sin signos de meningitis por *Borrelia burgdorferi* (neuroborreliosis precoz)?**
- A) Ceftriaxona intravenosa.
 - B) Cefotaxima intravenosa.
 - C) Penicilina G intravenosa.
 - D) Doxiciclina oral.
- 27 Tras una colectomía, un paciente presenta una infección del lecho quirúrgico por *Klebsiella pneumoniae* productor de CTXM-15. El paciente tiene una insuficiencia renal crónica y está en hemodiálisis. Tras varios días de tratamiento con Meropenem se decide dar el alta, y continuar con tratamiento domiciliario con Ertapenem. Indique la respuesta FALSA:**
- A) Los niveles de Ertapenem se incrementan en pacientes con insuficiencia renal.
 - B) La dosis recomendada es de 500 mg/diario.
 - C) Existen evidencias farmacocinéticas que permiten administrarlo a dosis de 500 mg post-diálisis, tres veces por semana.
 - D) No se debe utilizar, porque su eficacia esta reducida en pacientes en hemodiálisis,
- 28 ¿Cuál es el tratamiento de elección de una encefalitis por Herpesvirus tipo-6?**
- A) Aciclovir.
 - B) Foscarnet.
 - C) Ganciclovir.
 - D) Letermovir.
- 29 En un paciente con una neoplasia hematológica en tratamiento, que desarrolla una neutropenia febril, ¿cuándo podemos suspender el tratamiento antibiótico empírico?**
- A) Tras 48 h sin fiebre y se recupere la cifra de neutrófilos.
 - B) Tras 48 h sin fiebre y aunque no recupere la cifra de neutrófilos.
 - C) Tras 72 h sin fiebre y se recupere la cifra de neutrófilos.
 - D) Tras 72 h sin fiebre y aunque no recupere la cifra de neutrófilos.
- 30 El tratamiento de la tuberculosis multirresistente con Bedaquilina-Pretomanid-Linezolid ha demostrado ser eficaz. ¿Cuánto tiempo debe mantenerse el tratamiento?**
- A) 3 meses.
 - B) 6 meses.
 - C) 9 meses.
 - D) 12 meses.

- 31 La prueba de imagen de elección en el diagnóstico de la Endocarditis Infecciosa (EI) es la ecocardiografía, la cual puede ser transtorácica (ETT) o transesofágica (ETE). En relación a las recomendaciones de realización de esta técnica, una de las siguientes respuestas NO es correcta:**
- A) Se recomienda ETE para pacientes con sospecha clínica de EI portadores de válvula protésica o dispositivo intracardiaco.
 - B) Se recomienda repetir la ETT y/o la ETE en los siguientes 5-7 días en caso de examen inicial negativo si persiste un alto grado de sospecha clínica de EI.
 - C) Se debe considerar la ETE para pacientes con sospecha de EI, incluso cuando el examen por ETT sea positivo, excepto en EI aislada de válvula nativa derecha con ETT de buena calidad y hallazgos ecocardiográficos inequívocos.
 - D) Se recomienda ETE al finalizar el tratamiento antibiótico para evaluar la morfología y la función valvular y cardiaca.
- 32 Paciente de 18 años sin antecedentes de interés. Tiene un gato al que cuida habitualmente y que le produce frecuentes abrasiones a la mano. Presenta fiebre sin foco de una semana de evolución, que no ha respondido al tratamiento con Amoxicilina. Es remitido a la consulta por aparición de una adenopatía epitroclear con signos inflamatorios. ¿Qué diagnóstico le parece más probable?**
- A) Linfangitis por *Staphylococcus aureus*.
 - B) Tularemia.
 - C) Infección por *Bartonella* sp.
 - D) Infección por *Nocardia* sp.
- 33 En relación con el diagnóstico de la endocarditis por *Coxiella burnetii*, indique la respuesta correcta:**
- A) Un título de IgG-fase I inferior a 1600 descarta el diagnóstico de esta entidad.
 - B) La detección de DNA de la bacteria solo tiene interés diagnóstico si se realiza en material de válvula cardiaca.
 - C) Al tratarse de un cuadro crónico, no suele ser necesario determinar títulos de anticuerpos en sueros pareados.
 - D) El diagnóstico definitivo se puede establecer por títulos de anticuerpos de IgG-fase II ≥ 6400 junto con un resultado positivo de PCR en sangre arterial.
- 34 En relación a los criterios de endocarditis, una de las siguientes afirmaciones es FALSA:**
- A) Hemocultivos positivos a *S. lugdunensis* en dos o más hemocultivos se consideran criterio mayor.
 - B) El absceso esplénico y el absceso cerebral se consideran fenómenos vasculares y, por tanto, criterio menor.
 - C) Una imagen de PEP/TAC compatible con endocarditis sobre válvulas nativas, dispositivos intracardiacos, o válvulas protésicas en los primeros 3 meses desde la cirugía, se considera criterio mayor.
 - D) Se considera criterio mayor una PCR positiva a *Coxiella burnetii*, *Bartonella* Spp o *T. whipplei*.

- 35 Una de las siguientes NO es una característica de una infección protésica precoz (osteoarticular):**
- A) La presencia de más de 10.000 leucocitos en el líquido sinovial.
 - B) El aislamiento de Cutibacterium acnés como uno de los microorganismos causales más frecuentes.
 - C) PCR en sangre superior a 100.
 - D) Manifestaciones clínicas en forma de eritema, fiebre, dolor y drenaje purulento.
- 36 En relación a la fascitis necrotizante tipo I, una de las siguientes afirmaciones NO es cierta:**
- A) Es una infección polimicrobiana producida por microorganismos aerobios y anaerobios.
 - B) Suele ocurrir en pacientes jóvenes con enfermedad de base subyacente.
 - C) Se asocia a presencia de gas, lo cual hace difícil distinguirlo de una gangrena.
 - D) La disrupción de la mucosa (rectal, vaginal o uretral) o la cirugía ginecológica, gastrointestinal o genitourinaria, son factores predisponentes.
- 37 En relación con la Tularemia, indique la respuesta correcta:**
- A) Es una zoonosis producida por un bacilo anerobio intracelular gram-negativo.
 - B) Puede ser transmitida por vertebrados e invertebrados domésticos.
 - C) No puede cultivarse.
 - D) El tratamiento de elección son el Ciprofloxacino o la Doxiciclina.
- 38 ¿Cuál es el tratamiento empírico de elección en un síndrome febril de duración intermedia?**
- A) Amoxicilina.
 - B) Ribavirina.
 - C) Doxicilina.
 - D) Aciclovir.
- 39 Un paciente postquirúrgico desarrolla una candidemia, que es tratada con Caspofungina. ¿Qué debemos vigilar especialmente?**
- A) El deterioro de la función renal.
 - B) El desarrollo de endoftalmitis.
 - C) La hepatotoxicidad.
 - D) Ninguna de las anteriores.
- 40 Ante una neumonía por Stenotrophomonas maltophilia, con resistencia a cefalosporinas, carbapenemas, tetraciclinas, Aztreonam, TMP-SMX y quinolonas, ¿qué pauta de tratamiento antibiótico comercialmente disponible indicaría?**
- A) Meropenem-Vaborbactam.
 - B) Ceftazidima-Avibactam.
 - C) Imipenem-Relebactam.
 - D) Cefiderocol.

- 41 Paciente trasplantado cardiaco en tratamiento con Tacrólimus, ácido Micofenólico y corticoides. Al año del trasplante desarrolla una tuberculosis diseminada. Inicia tratamiento con Isoniazida, Rifampicina, Etambutol y Pirazinamida a la espera de los cultivos de micobacterias. Diez días después de iniciar el tratamiento de la tuberculosis desarrolla un rechazo agudo grave. En este momento los niveles de Tacrólimus son muy bajos. ¿Qué antibiótico suspendería inmediatamente?**
- A) Isoniazida.
 - B) Rifampicina.
 - C) Etambutol.
 - D) Pirazinamida.
- 42 ¿Cuál de estos factores NO ES un factor de riesgo de recurrencia de diarrea por Clostridioides difficile?**
- A) Infección por una cepa distinta a las ribotipo 027.
 - B) Edad >65 años y persistencia de diarrea más de 5 días a pesar del tratamiento.
 - C) Ser receptor de trasplante hepático.
 - D) Edad >65 años y presentación clínica con criterios de gravedad.
- 43 Señale el tratamiento antibiótico empírico que le parezca más adecuado en un paciente con un meningioma, sin otros antecedentes de interés, que desarrolla un absceso cerebral tras la intervención quirúrgica de dicho meningioma:**
- A) Ceftriaxona + Metronidazol.
 - B) Ceftazidima + Vancomicina.
 - C) Ceftazidima + Vancomicina + Metronidazol.
 - D) Meropenem + Linezolid.
- 44 ¿Cuál es el tratamiento de elección en una candidiasis del sistema nervioso central?**
- A) Caspofugina.
 - B) Fluconazol.
 - C) 5-Flucitosina.
 - D) Anfotericina liposomal + 5 Flucitosina.
- 45 En relación al uso de Ceftobiprol en pacientes neutropénicos, indique la respuesta FALSA:**
- A) Tiene actividad frente a S. aureus meticilin-resistente.
 - B) Tiene actividad frente a Pseudomonas aeruginosa sensible a cefalosporinas antipseudomónicas.
 - C) Tiene indicación en neumonía nosocomial exceptuando pacientes ventilados.
 - D) No tiene indicación en neumonía comunitaria grave.
- 46 En relación a la enfermedad linfoproliferativa postrasplante precoz, indique con qué virus se encuentra relacionada:**
- A) Virus de Epstein-Barr (VEB).
 - B) Citomegalovirus.
 - C) Herpesvirus tipo 8.
 - D) Herpesvirus tipo 6.

47 El coordinador de trasplante de nuestro centro nos consulta sobre la posibilidad de donar órganos en un paciente ingresado en UCI. ¿En qué situación clínica NO se puede aceptar el órgano?

- A) El paciente tiene una infección de catéter por Staphylococcus coagulasa negativo. Se ha recambiado los catéteres y está estable y afebril.
- B) El paciente tiene una sepsis urinaria por E. coli. Los hemocultivos ya son negativos tras 48 h de tratamiento dirigido. Se va a continuar tratamiento en el donante. Se descarta utilizar los riñones.
- C) El paciente tiene una meningitis bacteriana y lleva 24 h de tratamiento dirigido.
- D) El paciente tiene una encefalitis de etiología desconocida.

48 Un refugiado procedente de Ucrania desarrolla en los últimos 3 meses un cuadro constitucional con pérdida de peso, febrícula y tos persistente. Acude a Urgencias porque desde hace una semana tiene las lesiones en piernas que vemos en la imagen adjunta.



¿Qué infección sospecharía?

- A) Endocarditis.
- B) Gonococia.
- C) Tuberculosis.
- D) Bartolosis.

49 En relación a la infección por Legionella pneumophila, indique la respuesta FALSA:

- A) La antigenuria detecta los serotipos 1 y 2.
- B) La PCR detecta múltiples serotipos.
- C) Puede producir endocarditis.
- D) Levofloxacino y Azitromicina son considerados tratamiento de primera elección.

50 En una sospecha de toxiinfección alimentaria, el tiempo desde la ingesta del alimento sospechoso hasta la aparición de síntomas puede ayudar a sospechar el agente causal. ¿En cuál de los siguientes NO ES esperable la aparición de síntomas en las primeras 12-24 horas tras la ingesta?

- A) Campylobacter spp.
- B) S. aureus.
- C) B. cereus.
- D) C. perfringens.

- 51 Varón de 75 años con neoplasia de pulmón estadio IV, en tratamiento quimioterápico activo y corticoides. Ingresa por fiebre y diarrea aguda con fracaso renal agudo secundario. Su médico sospecha una toxiinfección alimentaria, dado que hay varios miembros de la familia afectados con los mismos síntomas tras una comida en la que se comió arroz con pollo. Indique la respuesta FALSA:**
- A) Debería considerarse el tratamiento antibiótico empírico del cuadro.
 - B) *Bacillus cereus* se asocia típicamente a toxiinfección alimentaria tras ingesta de arroz.
 - C) Ceftriaxona 2 gr cada 24 horas sería una pauta antibiótica empírica adecuada para asegurar la cobertura frente *Salmonella* spp. y *Campylobacter* spp.
 - D) No es recomendable inicialmente el uso de agentes antiperistálticos, como la Loperamida.
- 52 Ante un paciente de 72 años con un episodio de colitis leve por *Clostridioides difficile* tratado con Vancomicina oral en pauta estándar de 125 mg/6h durante 10 días, que finaliza el tratamiento con resolución de la diarrea, y en el que a las 3 semanas de finalizar presenta de nuevo 5-6 deposiciones líquidas durante 48 h, sin otra causa aparente, indique la proposición correcta:**
- A) Ante la sospecha de una recurrencia de la infección por *Clostridioides difficile* debe solicitarse un nuevo estudio para la detección de *Clostridioides difficile* toxigénico en heces.
 - B) Dado que han pasado más de dos semanas de la finalización del tratamiento, habría que sospechar una reinfección, más que una recurrencia.
 - C) De confirmarse una recurrencia de la infección por *Clostridioides difficile*, una opción adecuada es la Fidaxomicina en una pauta EXTEND, que ha demostrado superioridad en pacientes mayores de 60 años en un ensayo clínico en el que se comparó con Fidaxomicina en pauta convencional.
 - D) En caso de hacer un retratamiento con Vancomicina, no estaría recomendado asociar Bezlotoxumab dado que los pacientes con un episodio reciente de infección por *Clostridioides difficile* fueron excluidos de los ensayos clínicos de registro MODIFY I-II.
- 53 Sobre la infección por *Clostridioides difficile*, indique la opción verdadera:**
- A) Ante una prueba de glutamato deshidrogenasa positiva, con detección directa de la toxina en heces negativa, queda excluido el diagnóstico.
 - B) Es excepcional si no ha existido exposición a antibioterapia en las semanas previas.
 - C) El riesgo de favorecer una infección por *Clostridioides difficile* parece mayor con las quinolonas y cefalosporinas que con el Trimetoprim/Sulfametoxazol.
 - D) A diferencia de las técnicas basadas en la detección directa de la toxina, las técnicas de diagnóstico basadas en la detección por biología molecular de la presencia de genes productores de toxina en heces minimizan el sobre-diagnóstico de casos de colonización por *Clostridioides difficile*.

54 Sobre la esofagitis por virus herpes simplex, indique la respuesta FALSA:

- A) Es más frecuente en pacientes inmunodeprimidos.
- B) Suele estar ocasionada por el virus herpes simplex tipo 2.
- C) Puede presentarse durante una reactivación de una infección previa, por extensión directa a partir de una infección orofaríngea o durante la primoinfección.
- D) Es más frecuente en pacientes trasplantados de órgano sólido o pacientes hematológicos que en pacientes con infección por el VIH.

55 Sobre la esofagitis por citomegalovirus, indique la respuesta verdadera:

- A) Es una causa frecuente de esofagitis en pacientes inmunocompetentes.
- B) Es la causa más frecuente de esofagitis viral en el paciente con infección por el VIH.
- C) En un paciente con infección por el VIH con inmunosupresión avanzada, que consulta con clínica de disfagia y dolor torácico con la deglución de días de evolución, y que presenta candidiasis oral a la exploración, no debe asumirse el origen candidiásico de la clínica y debe solicitarse siempre una endoscopia oral en la primera valoración para excluir una esofagitis por citomegalovirus.
- D) Una carga viral negativa en plasma para citomegalovirus excluye el diagnóstico.

56 Diez residentes de una residencia de ancianos han comenzado en las últimas 72 h con diarrea aguda con deposiciones líquidas sin productos patológicos, vómitos y en algunos de ellos, con febrícula. ¿Cuál sería la etiología más probable?

- A) Clostridioides difficile.
- B) Norovirus.
- C) E. Coli enterotoxigénico.
- D) Salmonella no typhi.

57 Respecto a la neumonía asociada a ventilación mecánica, indique lo FALSO:

- A) Según los criterios IDSA se define como aquella que aparece tras 5 días de ventilación mecánica.
- B) Debe sospecharse ante la aparición de nuevos infiltrados en un paciente en ventilación mecánica, empeoramiento de la insuficiencia respiratoria o necesidad de aumentar parámetros de presión y/o volumen en el respirador.
- C) Debe realizarse siempre una radiografía, aunque su valor diagnóstico es más limitado que la neumonía no asociada a ventilación mecánica.
- D) Las guías de la IDSA de 2016 recomiendan la toma de muestras no invasivas sobre la toma de muestras invasivas.

- 58 Respecto a la toma e interpretación de los cultivos de las muestras respiratorias de un paciente con sospecha de neumonía asociada a ventilación mecánica, indique la FALSA:**
- A) Las guías conjuntas de las sociedades europeas ERS/ESICM/ESCMID recomiendan realizar toma de muestras invasivas para la realización de cultivos cuantitativos.
 - B) Se consideran muestras invasivas el aspirado endotraqueal, el lavado broncoalveolar o el cepillado bronquial por catéter telescópico.
 - C) En centros donde se realicen cultivos semicuantitativos, las muestras se informarán como no crecimiento o crecimiento ligero, moderado o fuerte.
 - D) En centros donde se realicen cultivos cuantitativos, caso de crecimiento de *S. epidermidis* en una muestra de lavado broncoalveolar, se recomienda no realizar cuantificación.
- 59 ¿Cuál de los siguientes mecanismos de resistencia no se debe a genes transferibles o movilizables?**
- A) Resistencia a Vancomicina en *S. aureus* mediadas por mutaciones gen *mec*.
 - B) Resistencia a Daptomicina en *S. aureus* mediada por mutaciones en gen *mprF*.
 - C) Resistencia a Colistina en *E. coli* mediada por mutaciones en el gen *mcr-1*.
 - D) Resistencia a Linezolid en *E. faecium* mediada por mutaciones gen *cfr*.
- 60 Sólo uno de los siguientes antimicrobianos tiene potencial actividad frente a las metalo-beta-lactamasas:**
- A) Ceftazidima/Avibactam.
 - B) Meropenem-Vaborbactam.
 - C) Cefiderocol.
 - D) Imipenem-Relebactam.
- 61 Ninguno de estos antimicrobianos requiere ajuste de dosis en caso de filtrado glomerular igual o inferior a 30 mL/min, EXCEPTO UNO. Indique cuál:**
- A) Tigeciclina.
 - B) Cefazolina.
 - C) Clindamicina.
 - D) Ceftriaxona.
- 62 ¿Cuál de los siguientes antifúngicos precisa ajuste de dosis en caso de insuficiencia renal con aclaramiento de creatinina inferior a 30 mL/min?**
- A) Fluconazol.
 - B) Anfotericina B liposomal.
 - C) Isavuconazol.
 - D) Caspofungina.
- 63 Uno de los siguientes antimicrobianos carece de actividad frente a *Pseudomonas aeruginosa*:**
- A) Aztreonam.
 - B) Ceftobiprole.
 - C) Delafloxacino.
 - D) Ceftolozano/Tazobactam.

- 64 ¿Cuál de los siguientes antimicrobianos es potencialmente activo frente a Pseudomonas aeruginosa?**
- A) Ceftobiprole.
 - B) Eravaciclina.
 - C) Aztreonam.
 - D) Ertapenem.
- 65 Respecto a la alergia a beta-lactámicos, indique la afirmación FALSA:**
- A) La mayoría de las alergias referidas a beta-lactámicos no son verdaderas alergias.
 - B) En un paciente que presentó de manera reciente una reacción alérgica a Ceftazidima, una opción alternativa segura es Aztreonam.
 - C) La probabilidad de alergia cruzada Amoxicilina y Ceftriaxona es < 10%.
 - D) Amoxilina y Cefadroxilo comparten la misma cadena lateral R.
- 66 Una de las siguientes NO sería una pauta empírica recomendada de tratamiento de primera línea para una cistitis aguda simple en una mujer joven sin otras comorbilidades, de acuerdo a la Guía Terapéutica Antimicrobiana del SNS:**
- A) Nitrofurantoína 50-100 mg cada 8 horas, 5 días.
 - B) Cefuroxima 250 mg cada 12 horas, 3 días.
 - C) Trimetoprim-Sulfametoxazol 160/800 mg cada 12 horas, 3 días.
 - D) Fosfomicina 3 gr, dosis única.
- 67 Respecto a las infecciones del tracto urinario en gestantes, indique la FALSA:**
- A) La bacteriuria asintomática suele aparecer desde el primer trimestre.
 - B) Se ha estimado que, en ausencia de tratamiento antibiótico, entre el 20 y el 35% de las gestantes con bacteriuria asintomática desarrollarán una pielonefritis aguda.
 - C) La pielonefritis aguda es más frecuente en el segundo y tercer trimestre, siendo excepcional la presentación de más de un episodio durante la misma gestación.
 - D) En gestante que inicie trabajo de parto en la que se comprueba que en el urocultivo del tercer trimestre se había identificado Streptococcus agalactiae (recuento mayor o igual a 100.000 unidades formadoras de colonias), sin que haya evidencia de que haya sido tratado, debe indicarse profilaxis antibiótica intraparto.
- 68 La causa más frecuente de gastroenteritis viral es:**
- A) Adenovirus entéricos.
 - B) Astrovirus.
 - C) Norovirus.
 - D) Coronavirus.

69 Respecto a la fiebre Q, indique la FALSA:

- A) La serología es con frecuencia negativa si se realiza en los primeros 7 días de síntomas.
- B) Los anticuerpos anti-fase II pueden persistir positivos en una proporción significativa de pacientes al año del diagnóstico.
- C) La presencia a los 6 meses del episodio de fiebre Q aguda en la serología de anticuerpos anti-fase I mayor a 1/800 tiene un alto valor predictivo positivo de fiebre Q crónica en nuestro medio.
- D) Puede ser causa de infección protésica articular con cultivos convencionales negativos.

70 Sobre la endocarditis por Bartonella, indique la FALSA:

- A) Bartonella henselae se ha asociado con la exposición a gatos.
- B) La serología es útil para el diagnóstico.
- C) Debe sospecharse ante la sospecha de endocarditis con hemocultivos negativos.
- D) Menos de la mitad de los casos logran curación con la antibioterapia sin cirugía.

71 Sobre la infección por Leptospira interrogans, indique la correcta:

- A) En Andalucía no se han comunicado casos autóctonos, y los casos comunicados se limitan a aquellos adquiridos en viajes a zonas endémicas, especialmente si se han realizado actividades acuáticas.
- B) Las formas leves pueden tratarse con Doxiciclina durante 7 días o Azitromicina durante 3 días.
- C) Si hay dudas de que el cuadro pudiera estar causado por Rickettsia spp., es preferible usar Ceftriaxona a la Doxiciclina hasta la confirmación diagnóstica.
- D) El tratamiento recomendado en las formas graves es Ceftriaxona 14 días.

72 Sobre el tétanos, indique la respuesta correcta:

- A) El tiempo de incubación desde la exposición hasta la aparición de síntomas suele ser inferior a las 48 horas.
- B) El diagnóstico se basa en la confirmación microbiológica por Clostridium tetani, habitualmente mediante serología.
- C) La administración de inmunoglobulina antitetánica humana no debe administrarse hasta transcurridos 24 horas de la limpieza quirúrgica y el inicio de la antibioterapia, por el riesgo de una respuesta paradójica secundaria a la neutralización masiva de la toxina libre.
- D) Debe iniciarse la vacunación activa con un esquema de vacunación completo, iniciando la administración de la primera dosis desde el momento del diagnóstico.

73 Respecto al riesgo de infección en pacientes que reciben tratamiento con inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa, indique la opción correcta:

- A) El riesgo de reactivación de una tuberculosis parece mayor con Etanercept que con Infliximab o Adalimumab.
- B) Su uso se ha asociado a un mayor riesgo de reactivación del virus de la hepatitis B.
- C) Se recomienda realizarse profilaxis frente a la infección por P. jirovecii aunque no se esté recibiendo corticoides.
- D) Todas las respuestas anteriores son correctas.

74 Respecto al riesgo de infección en los pacientes que reciben tratamientos biológicos, indique la respuesta FALSA:

- A) Anakinra se asocia a un menor riesgo de reactivación de tuberculosis que los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa.
- B) En pacientes que van a recibir tratamiento con inhibidores de la PD-1, se recomienda la profilaxis frente a *P. jirovecii*.
- C) Alemtuzumab se asocia con un mayor riesgo de reactivación de los virus del grupo herpes.
- D) En comparación con los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa, el tratamiento con Rituximab se asocia con un menor riesgo de tuberculosis y un mayor riesgo de infección por *P. jirovecii* y reactivación del virus de la hepatitis B.

75 Respecto a la neurocisticercosis, indique la respuesta FALSA:

- A) Las convulsiones son la manifestación clínica más frecuente de la neurocisticercosis.
- B) En un paciente inmigrante procedente de un área endémica de cisticercosis, que presenta una crisis comicial focal, tiene una serología positiva para *T. solium* y, en una resonancia nuclear magnética, tiene una lesión parenquimatosa de 15 mm con captación en anillo, puede asumirse el diagnóstico de neurocisticercosis.
- C) En la neurocisticercosis, la serología en líquido cefalorraquídeo tiene mayor sensibilidad que en suero, por lo que en caso de serología negativa se recomienda realizar una punción lumbar.
- D) En un paciente con crisis comiciales secundarias a neurocisticercosis, que presenta en las pruebas de imagen 2 lesiones parenquimatosas cerebrales nodulares calcificadas de 5 mm, sin edema o captación en anillo, no está recomendado tratamiento antiparasitario.

76 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, referente a los indicadores de consumo de antibióticos, le parece FALSA?

- A) El indicador de consumo antibiótico más utilizado es la dosis diaria definida (DDD).
- B) Las DDD pueden sobreestimar la presión antibiótica en unidades o centros donde se usen dosis mayores.
- C) La dosis diaria prescrita (DDP) es un indicador que se aproxima mejor a la dosis real utilizada, pero tiene como limitaciones que no está estandarizada y no permite comparaciones entre los centros.
- D) Los días de tratamiento (DDT) es la suma agregada de días naturales que un paciente recibe un determinado ATB independientemente de dosis, pero es más difícil de calcular y no puede utilizarse en Pediatría.

77 Respecto a la duración del tratamiento de una bacteriemia, indique la FALSA:

- A) La duración recomendada del tratamiento en un paciente con una bacteriemia no complicada por *S. aureus* es de 14 días desde el primer hemocultivo negativo.
- B) La duración recomendada de tratamiento de una bacteriemia por *Pseudomona aeruginosa* variará en función del foco y la presencia de inmunosupresión.
- C) La duración mínima recomendada de tratamiento de una bacteriemia por *E. Coli* secundaria a una peritonitis bacteriana espontánea en un paciente cirrótico es de 7 días.
- D) La duración mínima recomendada de tratamiento de una candidemia por *Candida albicans* es de 14 días desde el primer hemocultivo negativo.

78 Señale la asociación INCORRECTA en relación a la endoftalmitis:

- A) La endoftalmitis aguda postoperatoria está producida principalmente por bacilos gramnegativos.
- B) En la endoftalmitis aguda postraumática puede estar implicado *Bacillus cereus*, que puede causar infecciones fulminantes.
- C) *Cutibacterium acnes* es uno de los microorganismos causales de la endoftalmitis crónica postcirugía de cataratas.
- D) La endoftalmitis postinyección intravítrea está causada principalmente por estreptococos y estafilococos coagulasa-negativo.

79 La endoftalmitis bacteriana endógena se produce por la siembra de agentes patógenos en el globo ocular como consecuencia de una bacteriemia. Señale la respuesta correcta:

- A) Las endoftalmitis bacterianas endógenas secundarias a endocarditis son extremadamente infrecuentes.
- B) El uso de drogas por vía parenteral no es un factor de riesgo asociado.
- C) Los estreptococos, *S. aureus* y los bacilos gramnegativos como *Escherichia coli*, *Klebsiella* y *Serratia*, son los microorganismos causales más frecuentes en Europa.
- D) La endoftalmitis por micobacterias no tuberculosas es una entidad frecuente tras la cirugía de cataratas.

80 En relación a la celulitis recurrente, señale la respuesta INCORRECTA:

- A) Es un problema frecuente y molesto, que se ha observado en el 22-49% de los pacientes con celulitis.
- B) El linfedema es un factor predisponente.
- C) La utilización de medias compresivas es una medida fútil en relación a la reducción del número de episodios en los pacientes con edema periférico.
- D) La administración de antibioterapia profiláctica puede ser una opción para aquellos casos persistentes a pesar de medias compresivas o tratamientos regulares con compresión neumática.

81 Señale la opción FALSA respecto a la patogenia del virus de la rabia:

- A) El virus tolera un pH menor de 3 pero no mayor de 11.
- B) Después de que el virus penetre a través de una rotura de la piel, una superficie mucosa o el tracto respiratorio, se puede replicar en las células musculares, infectando al huso muscular.
- C) Una vez que el virus ha penetrado en los nervios periféricos, los tratamientos disponibles en la actualidad probablemente no eviten la replicación y propagación subsiguientes, por lo que el virus se desplaza con rapidez en sentido central.
- D) En el músculo, el virus se une al receptor nicotínico de acetilcolina.

82 ¿Cuál de estas manifestaciones clínicas NO ES típica de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica?

- A) Ritmo de progresión típicamente descrita como «rápida» o «subaguda».
- B) Afectación prominente de múltiples sistemas cerebrales, en la que signos motores, tales como ataxia, bradicinesia o espasticidad, se combinan con déficits de memoria u otros déficits cognitivos.
- C) Puede existir una fase prodrómica de trastornos psiquiátricos antes del inicio de los signos neurológicos.
- D) La presencia de mioclonías es extremadamente infrecuente.

83 En relación a Mycoplasma pneumoniae, señale la respuesta INCORRECTA:

- A) M. pneumoniae tiene una gruesa pared celular y una membrana celular trilaminar que es rica en esteroides.
- B) M. pneumoniae se adhiere a las células epiteliales respiratorias y a los eritrocitos mediante receptores de ácido siálico, que está mediada por un conjunto complejo de proteínas de adhesión, entre las que se incluyen P1, P30, proteínas B y C, P116 y HMW1-3
- C) Elabora una citotoxina denominada toxina del síndrome de dificultad respiratoria adquirido en la comunidad (SDRAC).
- D) Se ha demostrado que las cepas de los tipos 1 y 2 de M. pneumoniae forman biofilms muy diferentes, y que estos confieren una resistencia diferencial a los antibióticos y pueden alterar la capacidad de los anticuerpos, el complemento y los leucocitos para penetrar y atacar los microorganismos.

84 Paciente de 23 años, natural de Costa de Marfil, derivado desde Atención Primaria por prurito persistente, dolor abdominal y diarrea. En analítica destaca anemia macrocítica y en la microscopía fecal se observan huevos de Uncinaria. ¿Cuál de las siguientes opciones le parece INCORRECTA?

- A) El tratamiento de elección es Praziquantel.
- B) La infestación inicial se produce habitualmente por la penetración cutánea de la Uncinaria, y produce un exantema serpiginoso.
- C) La intensidad de la sintomatología depende de la carga parasitaria.
- D) La infestación intensa se define por la presencia de más de 4.000 helmintos por gramo

85 Señale la respuesta INCORRECTA respecto a la escala PAGE-B para evaluar el riesgo de desarrollo de hepatocarcinoma en la infección crónica por VHB:

- A) Está validada en población coinfectada por VIH/VHB.
- B) Incluye parámetros fácilmente accesibles como edad, sexo y plaquetas.
- C) Un valor de la escala inferior a 10 puntos ha demostrado un valor predictivo negativo cercano al 100% y, por lo tanto en estos pacientes, podría evitarse el cribado de hepatocarcinoma.
- D) No incluye el recuento de células CD4+.

86 Señale la respuesta INCORRECTA en relación a las clamidias:

- A) Las clamidias comparten un antígeno lipopolisacárido específico de grupo, y utilizan el ATP del huésped para la síntesis de sus propias proteínas.
- B) Las clamidias son sensibles a los antibióticos que interfieren con la síntesis de ADN y proteínas, como las tetraciclinas, los macrólidos y las quinolonas.
- C) *C. pneumoniae* tiene una vía de recuperación o biosíntesis del triptófano, y es sensible a las sulfamidas y la Trimetoprima.
- D) Las especies de *Chlamydia* han demostrado inducir e inhibir a su vez la apoptosis celular, en función del estadio de desarrollo de la clamidia.

87 En un paciente diagnosticado de gripe A complicada, ¿cuál de estas afirmaciones es cierta?

- A) Suele existir una hipoxemia marcada en la neumonía primaria por virus de la gripe.
- B) En el caso de que coexista una neumonía bacteriana, los microorganismos que con más frecuencia se aíslan son *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*.
- C) La aparición de bronquiolitis no se ha descrito como complicación asociada a la infección por el virus de la gripe tipo A.
- D) La exacerbación aguda de una bronquitis crónica es una complicación infrecuente.

88 ¿Qué respuesta considera cierta en relación a la reinfección por el virus de la rubéola?

- A) Se han descrito casos de reinfección por el virus de la rubéola tras sufrir un episodio de rubéola, aunque sin trascendencia clínica.
- B) La reinfecciones se han descrito en personas vacunadas, pero no en personas que han padecido la enfermedad.
- C) La reinfección se ha observado meses o años tras la recepción de la vacuna.
- D) Las respuestas A) y C) son ciertas.

89 La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo se caracteriza por todas las siguientes EXCEPTO UNA. Señale cuál:

- A) Transmitida por picadura de garrapata, contacto con sangre de seres humanos o animales domésticos.
- B) Es generalmente una enfermedad febril leve, aunque puede progresar a un cuadro hemorrágico grave y mortal.
- C) La mortalidad se atribuye habitualmente a hemorragia, neumonía hemorrágica o trastornos cardiovasculares.
- D) La fase hemorrágica suele comenzar a partir de los 14 días tras el inicio de la sintomatología, con una duración media de unos 21 días.

90 La infección por el virus de la Toscana se caracteriza por:

- A) Transmitido por *Aedes albopictus*.
- B) La manifestación clínica más frecuente es el desarrollo de meningitis aséptica y encefalitis que con frecuencia requiere ingreso hospitalario.
- C) Habitualmente cursa de forma asintomática o con sintomatología mínima.
- D) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

91 Señale la opción correcta en relación a la hidradenitis supurativa:

- A) La lesión primaria parece ser un taponamiento queratinoso no explicado de los conductos excretores de las glándulas apocrinas, con infiltración linfocítica perifolicular precoz y consiguiente dilatación y la rotura final de la glándula con inflamación del tejido circundante.
- B) Afecta únicamente a las glándulas apocrinas de la región perineal.
- C) El tratamiento tópico con Clindamicina no es útil en las formas con nódulos aislados no cicatriciales.
- D) La diabetes mellitus es el único factor predisponente identificado.

92 ¿Cuál de las siguientes enfermedades infecciosas NO causa eosinofilia masiva (más de 5.000 eosinófilos/mm³)?

- A) Fascioliasis.
- B) Optistorquiasis.
- C) Triquinelosis.
- D) Paragonimiasis.

93 Respecto a la vacuna frente al Papilomavirus Gardasil 9 ®, señale la INCORRECTA:

- A) Protege frente a la infección de los tipos: VPH-6, el VPH-11, el VPH-18, el VPH-31, el VPH-33, el VPH-45, el VPH-52, el VPH-58 y el VPH-117.
- B) En los ensayos clínicos para el registro de Gardasil 9 se incluyeron a más de 12.000 mujeres y se demostró que Gardasil 9 inducía unos niveles de anticuerpos neutralizantes frente a VPH-6, VPH-11, VPH-16 y VPH-18 comparables a los observados con Gardasil.
- C) Respecto a la prevención de enfermedades vulvares y vaginales, las cifras de eficacia frente a la VIN2/3+ o VaIN2/3+ y todas las VIN o VAIN fueron del 100% (IC, 71,5-100%) y del 93,8% (IC, 61,5-99,7%).
- D) La eficacia de Gardasil 9 para reducir el número de verrugas genitales o de las biopsias de cuello uterino fue del 96,9% (IC, 93,6-98,6%).

94 ¿En qué casos NO estaría indicada la vacuna viva del sarampión?

- A) En mujeres embarazadas.
- B) Transcurridos 6 meses de una inmunización pasiva tras la exposición al virus del sarampión.
- C) En personas con déficit de la inmunidad mediada por células.
- D) En las circunstancias explicadas en las respuestas A) y C) no estaría indicada.

95 En relación a la sinusitis nosocomial, señale la respuesta INCORRECTA:

- A) La intubación nasotraqueal es un factor de riesgo para su desarrollo.
- B) Haemophilus influenzae es un patógeno causal frecuente de esta entidad.
- C) El uso de sondas nasointertraqueales aumenta el riesgo de sinusitis nosocomial.
- D) En pacientes con sinusitis nosocomial es frecuente el aislamiento de Staphylococcus aureus y Pseudomonas aeruginosa.

- 96 ¿Cuál de los siguientes microorganismos NO pertenece al complejo Mycobacterium avium (MAC)?**
- A) Mycobacterium avium.
 - B) M. kansasii.
 - C) Mycobacterium intracellulare.
 - D) Mycobacterium chimaera.
- 97 Respecto al tratamiento de la infección por microorganismos del complejo Mycobacterium avium (MAC), señale la opción correcta:**
- A) El macrólido de elección es Azitromicina
 - B) El desarrollo de resistencia a macrólidos es irrelevante en el resultado del tratamiento de la infección por MAC
 - C) La resistencia a macrólidos se desarrolla tras la exposición previa a dichos fármacos, sobre todo en monoterapia, siendo más frecuente en la infección pulmonar que en la infección diseminada.
 - D) Existe una resistencia intrínseca a Etambutol.
- 98 Señale la correcta respecto a la mediastinitis aguda:**
- A) La causa más frecuente de mediastinitis en la actualidad es la diseminación contigua desde un foco orofaríngeo.
 - B) El trasplante cardíaco no es un factor de riesgo para el desarrollo de mediastinitis.
 - C) La obesidad parece ser un factor de riesgo para el desarrollo de mediastinitis.
 - D) La infección postoperatoria tras una esternotomía media es una causa infrecuente de mediastinitis aguda.
- 99 Señale la opción correcta en relación a la fascitis necrotizante:**
- A) En la tipo II los hemocultivos raramente son positivos.
 - B) La tipo I está causada por estreptococos grupo A.
 - C) Habitualmente, tiene un curso subagudo con una progresión lenta hasta la aparición de la necrosis.
 - D) El comienzo de la anestesia puede preceder a la aparición de la necrosis cutánea y proporcionar una pista de que el proceso es una fascitis necrosante y no una celulitis simple.
- 100 Señale la respuesta correcta respecto al virus de la leucemia de linfocitos T humana (HTLV):**
- A) En el ser humano provoca una infección aguda.
 - B) Se produce una integración del ADN proviral en el ADN somático de los linfocitos T del huésped.
 - C) Hasta el momento se han descubierto cuatro tipos de este virus. Se estima que hay millones de casos de infecciones por HTLV-3 y HTLV-4 en seres humanos.
 - D) El HTLV-1 provoca mielopatía asociada a HTLV del adulto, mientras que tanto el HTLV-1 como el HTLV-2 provocan leucemia-linfoma T.

CASO PRÁCTICO 1:

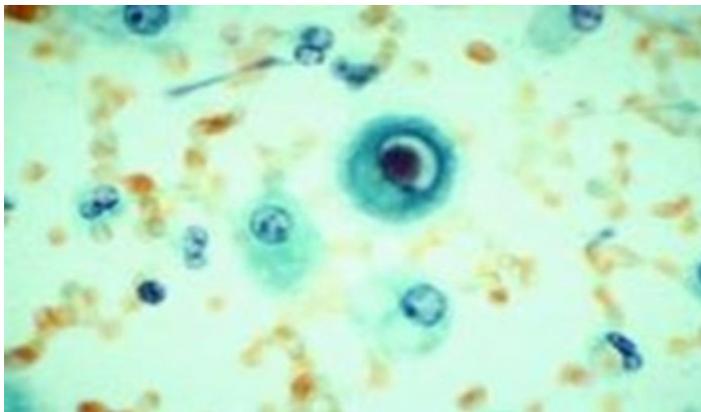
Paciente con infección por VIH y última determinación conocida de linfocitos CD4 de 70 células/ml. Durante los últimos 6 meses no ha realizado tratamiento, ni seguimiento médico. Acude a consulta por presentar fiebre, tos y disnea de una semana de evolución. Refiere disminución de la agudeza visual por el ojo derecho de semanas de evolución. En la gasometría arterial se aprecia hipoxemia severa. El paciente precisa ventilación mecánica. La placa de tórax se muestra a la derecha.



101 ¿Qué tratamiento empírico iniciaría, en espera de los resultados microbiológicos?

- A) Trimetropim-sulfametoxazol.
- B) Ganciclovir.
- C) Meropenem.
- D) Trimetropim-Sulfametoxazol + Ganciclovir.

102 El estudio de fondo de ojo muestra una retinitis por VIH, más extensa en ojo



derecho. Se realiza un lavado broncoalveolar (LBA). En la imagen se muestra la citología del LBA. ¿Qué prueba microbiológica piensa que tendría más rentabilidad diagnóstica en la muestra de LBA?

- A) PCR de Aspergillus spp.
- B) Galactomanano.
- C) PCR de Pneumocystis jirovecii.
- D) PCR de Citomegalovirus.

103 ¿Qué tratamiento dirigido indicaría?

- A) Anfotericina B.
 - B) Voriconazol.
 - C) Trimetropin-Sulfametoxazol.
 - D) Ganciclovir.
-

CASO PRÁCTICO 2:

Paciente trasplantado de páncreas-riñón. Recibió terapia de inducción con Timoglobulina. Después ha precisado niveles altos de Tacrólimus, Micofenolato y esteroides. Ha tenido varios episodios de rechazo que han sido tratados con bolos de esteroides. Un año después del trasplante acude a la consulta y refiere la aparición progresiva de las lesiones que ve en la imagen.



104 ¿Qué exploración indicaría en este paciente?

- A) Biopsia cutánea.
- B) Endoscopia digestiva.
- C) TAC tóraco-abdominal.
- D) Todas las anteriores.

105 ¿Qué prueba microbiológica cree que será de mayor rentabilidad diagnóstica?

- A) PCR de Citomegalovirus.
- B) PCR de Aspergillus.
- C) PCR de Fusarium.
- D) PCR de Herpesvirus-8.

106 ¿Qué actitud terapéutica indicaría inmediatamente?

- A) Reducir la inmunosupresión.
- B) Indicar Ganciclovir.
- C) Indicar Anfotericina B.
- D) Crioterapia de las lesiones cutáneas.

CASO PRÁCTICO 3:

Paciente en tratamiento esteroideo crónico por una enfermedad sistémica.

En las últimas semanas se ha incrementado la dosis debido a una exacerbación. Coincidiendo con ello, refiere la aparición de las lesiones en lengua que se muestran en la imagen (al margen) y cierta disfagia de sólidos.



107 ¿Qué tratamiento empírico iniciaría?

- A) Voriconazol.
- B) Fluconazol.
- C) Anfotericina B.
- D) Caspofungina.

108 ¿Qué prueba piensa que es más rentable para llegar al diagnóstico de certeza?

- A) Cultivo del frotis de lengua.
- B) PCR del frotis de lengua.
- C) Hemocultivo.
- D) Biopsia.

109 Tras el tratamiento indicado mejoran las lesiones orales, pero la disfagia se incrementa. ¿Qué exploración estaría indicada en este momento?

- A) Exploración nasofaríngea.
- B) Carga viral de CMV en sangre.
- C) TAC torácico.
- D) Endoscopia digestiva.

CASO PRÁCTICO 4:

Paciente que, tras una relación sexual con una pareja desconocida, nota las lesiones que se muestran en la imagen, junto con intenso prurito. No síntomas urinarios. Ha continuado manteniendo relaciones sexuales con su pareja estable, que ha desarrollado prurito vaginal y leucorrea.



110 ¿Qué cuadro clínico piensa que tiene el paciente?

- A) Balinitis herpética.
- B) Balinitis candidiásica.
- C) Infección por VIH.
- D) Infección por Papilomavirus.

111 ¿Qué actitud le parece más correcta?

- A) Se deben biopsiar las lesiones.
- B) Se debe hacer un cultivo de frotis vaginal a la pareja.
- C) Se debe hacer un cultivo de semen.
- D) Todas las anteriores son correctas.

112 ¿Qué tratamiento indicaría al paciente y a su pareja?

- A) Tratamiento tópico con Cotrimoxazol.
- B) Aciclovir.
- C) Tratamiento antirretroviral.
- D) El cuadro no tiene tratamiento.

CASO PRÁCTICO 5:

Paciente de 50 años, con leucemia mieloide aguda en tratamiento quimioterápico de inducción. Desarrolla shock séptico.

El único foco es esta vía central, cuyo punto de inserción se encuentra caliente y tumefacto.



113 ¿Qué microorganismo NO espera encontrar?

- A) Staphylococcus aureus.
- B) Pseudomonas aeruginosa.
- C) Candida spp.
- D) Aspergillus spp.

114 En los hemocultivos se aísla Candida parasilopsis (pinchazo directo y catéter). El paciente se encuentra en tratamiento empírico con Caspofungina. ¿Cuál de estas actitudes le parece correcta?

- A) Retirar el catéter y suspender tratamiento antifúngico.
- B) Retirar el catéter y mantener el tratamiento con Caspofungina.
- C) No retirar el catéter y mantener el tratamiento con Caspofungina.
- D) Retirar el catéter y cambiar el tratamiento a Fluconazol.

115 En relación al tratamiento empírico antifúngico que se ha indicado, ¿qué complicación debe descartar?

- A) Endoftalmitis.
- B) Espondilitis.
- C) Absceso cerebral.
- D) Absceso pulmonar.

CASO PRÁCTICO 6:

Paciente de 42 años, fumador de 10 cigarrillos al día. Mantiene relaciones anales desprotegidas tanto insertivas como receptivas. En un cribado rutinario, encontrándose asintomático, se diagnostica de infección por el VIH. Carga viral basal 146.000 copias/mL y recuento de CD4+ 487 cels/mm³ (23%), cociente T4/T8 0.4. Se inició

tratamiento antirretroviral (TAR) en la primera semana con Tenofovir alafenamida (TAF) + Emtricitabina (FTC) + Bictegravir (BIC). No se objetivaron mutaciones de resistencia en el test genotípico. En la revisión a los 3 meses, presenta carga viral VIH 183 copias/mL; y a los 6 meses, 73 copias/mL.

116 ¿Qué actuación le parece más adecuada?

- A) Se trata de un fracaso virológico y está indicada la realización de un test de resistencias y un cambio de TAR.
- B) Habría que añadir un cuarto fármaco antirretroviral.
- C) Sería recomendable la realización de un seguimiento clínico y analítico de forma trimestral e insistir en la mejora de la adherencia.
- D) Hay una alta probabilidad de que el test de resistencias detecte mutaciones de resistencia a los inhibidores de la integrasa.

117 Posteriormente, el paciente pierde el seguimiento. Transcurridos 3 años acude nuevamente a consulta. Reconoce abandono de TAR. Refiere pérdida de 6 Kg de peso en los últimos 2 meses, pero por lo demás se encuentra asintomático. Se realiza analítica en la que se objetiva una carga viral del VIH de 274.000 copias/mL y recuento de células CD4+ 93 cels/mm³ (12%), cociente T4/T8 0.2. Se plantea inicio de TAR pero aún no disponemos de test de resistencias. ¿Cuál de las siguientes opciones le parece apropiada?

- A) Mantener el régimen terapéutico inicial con control clínico y analítico en 1 mes.
- B) Realizar test de resistencias.
- C) Es obligado el cambio de TAR por un régimen que no incluya ninguno de los fármacos que había tomado inicialmente.
- D) Las respuestas A) y B) son correctas.

118 Se inicia TAR y Trimetoprim/Sulfametoxazol (TMP/SMX) 800/160 mg cada 24 h, con cita en consulta externa en 1 mes. En la revisión el paciente reconoce consumo de tóxicos con las relaciones sexuales (chemsex) con al menos una frecuencia de 2 ó 3 veces al mes, y manteniendo relaciones sexuales con una media de 20 parejas al mes. Entre las sustancias que ha consumido destacan: alcohol, cocaína, mefedrona y MDMA. ¿Qué respuesta le parece correcta respecto al TAR?

- A) El TAR basado en Bictegravir o Dolutegravir asociado a dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos está libre de interacciones con estos tóxicos.
- B) Hay que iniciar tratamiento con un régimen basado en Darunavir/Cobicistat dado que tiene una alta barrera genética, y estos pacientes suelen tener mala adherencia al TAR.
- C) La única opción terapéutica sería iniciar un régimen basado en Doravirina.
- D) Todas las respuestas anteriores son falsas.

119 ¿Qué otras actuaciones le parecen adecuadas en este caso?

- A) Derivación a Salud Mental para inicio de psicoterapia o psicoeducación.
- B) Cribado de infecciones de transmisión sexual cada 3 meses.
- C) Formación en reducción de riesgos.
- D) Todas las anteriores son adecuadas.

120 El paciente mantuvo un seguimiento adecuado en consulta con negativización de carga viral VIH a las 6 semanas y aumento progresivo de células CD4+ hasta 538 cels/mm³ (28%), cociente T4/T8 0.6. Realizó igualmente seguimiento por Salud Mental con abandono de consumo de tóxicos -excepto el tabaco- y disminución del número de parejas sexuales al mes. Se modificó TAR a Dolutegravir asociado a Lamivudina con buena tolerancia. Tras 3 años de seguimiento, acude a revisión con su pareja refiriendo aparición de lesiones excrécenes perianales y hematoquecia intermitente. ¿Qué actitud le parece correcta?

- A) No pensaría en una infección de transmisión sexual puesto que el paciente ahora tiene un menor número de parejas sexuales.
- B) Realización de citología anal.
- C) La PCR Papilomavirus en este caso carece de utilidad.
- D) El diagnóstico más probable es una sífilis primaria.

121 Tras realización de anoscopia de alta resolución, el paciente fue diagnosticado de lesión intraepitelial de alto grado, que fue tratada mediante fotocoagulación. ¿Cuál de las siguientes le parece correcta?

- A) El paciente puede considerarse curado de dicha lesión, puesto que la fotocoagulación tiene una efectividad del 100%.
- B) La fulguración con láser de CO₂ habría sido el tratamiento de elección.
- C) Las personas que viven con el VIH tienen un mayor riesgo de recidiva que la población general.
- D) Estaría indicado la realización de anoscopia de forma anual para valorar recidivas.

CASO PRÁCTICO 7:

Paciente de 71 años con los siguientes antecedentes personales: ex-fumador de 2-3 paq/día desde 2010 (IPA 80paq/a). Hipertensión arterial. EPOC GOLD 3C en tratamiento con corticoides y agonista beta-2 de acción prolongada. Ha precisado corticoides orales en alguna reagudización. Consulta por cuadro de 1 mes de evolución de malestar general, febrícula vespertina, tos seca, hiporexia y pérdida de 3 Kg de peso. Se realiza Rx tórax informada como tórax enfisematoso sin apreciarse infiltrados. Se solicita TAC de tórax, abdomen y pelvis cuyos principales hallazgos se describen: “Tronco de la pulmonar de calibre normal. Signos de hiperinsuflación pulmonar con atrapamiento aéreo y enfisema de características centrolobulillares en campos superiores. Traqueomegalia observándose engrosamiento de las paredes bronquiales y bronquiolares periférica difusa y bilateral con probables pequeñas bronquioloectasias cilíndricas asociadas en llingula y lóbulo medio, así como en el segmento apical del lóbulo inferior derecho a nivel paramediastínico. Existen múltiples defectos de repleción en bronquiolos periféricos algunos con morfología de tapón mucosa, lineales o tubulares pero existen asimismo múltiples formaciones micronodulares bilaterales que sugieren signos de bronquiolititis asociados, identificándose asimismo pequeñas consolidaciones parenquimatosas pseudonodulares mal definidas asociadas por afectación del parénquima pulmonar adyacente. Destaca consolidación irregular en el lóbulo medio que alcanza los 14 mm, a nivel del segmento medial así como imágenes pseudonodulares en torno a los 9 mm, tanto a nivel lingular inferior como en el segmento basal anterior del lóbulo inferior derecho y en menor tamaño a nivel del lóbulo inferior derecho en segmentos basales posteriores. Existe asimismo alguna área en vidrio deslustrado micronodular asociado a estas zonas inflamatorias-infecciosas. En ambos vértices pulmonares existen lesiones

pleuroparenquimatosas de aspecto crónico con calcificaciones. No se observa derrame pleural. Mínima cantidad de líquido pericárdico no significativo”.

122 Ante el cuadro clínico y los hallazgos descritos, ¿cuál de los siguientes microorganismos le parece MENOS probable como agente causal de la afectación pulmonar descrita?

- A) Mycobacterium kansasii.
- B) Mycobacterium xenopy.
- C) Mycobacterium mucogenicum.
- D) Mycobacterium malmoense.

123 Se realizaron cultivos de esputo seriados con cultivo negativo y auramina negativa. Se decidió realizar fibrobroncoscopia: “Árbol traqueobronquial sin hallazgos”. A los 7 días, contacta con nosotros Microbiología para informarnos de crecimiento en lavado broncoalveolar de micobacteria no tuberculosa compatible con Mycobacterium abscessus. Señale la respuesta FALSA:

- A) M. abscessus sólo produce afectación pulmonar.
- B) El esquema terapéutico inicial debería incluir al menos tres fármacos activos.
- C) Existe una correlación entre la susceptibilidad in vitro y la respuesta al tratamiento para macrólidos y Amikacina.
- D) Es una micobacteria no tuberculosa de crecimiento rápido.

124 Recibimos la identificación definitiva como Mycobacterium abscessus subespecie massiliense. Señale la respuesta FALSA:

- A) El gen erm es no funcionante, por lo que mantiene sensibilidad a macrólidos.
- B) Es intrínsecamente resistente a macrólidos.
- C) Puede desarrollar resistencia a macrólidos debido a mutaciones en gen 23S rRNA (rrl).
- D) La tasa de respuesta frente a regímenes que contengan Claritromicina puede alcanzar el 85%.

125 Nos informan del antibiograma: Claritromicina S, Imipenem S, Amikacina S, Linezolid R, Doxiciclina R, Tigeciclina R, Moxifloxacino S, Clofazimina S. ¿Cuál le parece el esquema terapéutico más apropiado para la fase inicial?

- A) Amikacina + Doxiciclina.
- B) Claritromicina + Imipenem + Tigeciclina.
- C) Claritromicina + Amikacina + Clofazimina + Imipenem.
- D) Claritromicina + Linezolid + Moxifloxacino + Cefoxitina.

126 Se mantuvo tratamiento de fase inicial durante 4 semanas. ¿Qué esquema terapéutico se plantearía para la fase de continuación?

- A) Claritromicina + Amikacina inhalada + Clofazimina.
 - B) Linezolid + Claritromicina.
 - C) No es preciso tratamiento si se han completado 4 semanas de la fase inicial.
 - D) Doxiciclina + Linezolid + Claritromicina.
-

CASO PRÁCTICO 8:

Valora usted en Urgencias a un paciente que acude tras regresar hace 2 semanas de un

viaje por Senegal, en el que ha visitado zonas boscosas, se ha bañado en ríos y ha recibido abundantes picaduras de mosquitos. Se tomó 3 días de quimoprofilaxis antimalárica, pero la suspendió por intolerancia gastrointestinal. Dos semanas tras el regreso ha comenzado con fiebre diaria de hasta 39°C con postración, sudoración y deterioro del estado general. A su llegada a Urgencias presenta TA: 90/60, frecuencia cardiaca: 122 lpm, frecuencia respiratoria: 31 rpm, Glasgow 13, peso 83 Kg. La analítica presenta plaquetas: 99.000, Hb: 8 g/dl, Leucocitos: 3.500 (neutrófilos 90%), PCR: 88, GOT/GPT: 102/123, bilirrubina 3.1, GGT/FA 112/139, TP 63%, INR 1.2. Resto dentro de la normalidad. Se le hace Test de diagnóstico rápido Plasmodium que resulta positivo (+), con una parasitemia del 2%.

127 Señale la respuesta INCORRECTA:

- A) Podría iniciarse tratamiento en Urgencias y, si la tolerancia es adecuada, realizar seguimiento ambulatorio estrecho.
- B) El cuadro clínico es compatible con una malaria grave y requiere ingreso en UCI.
- C) Es recomendable realizar un examen de gota gruesa a las 12, 24 y 48 h.
- D) Estaría indicado el tratamiento con derivados de la Artemisina por vía intravenosa.

128 Se inició tratamiento con Artesunato intravenoso. A las 12 h el paciente se encontraba hemodinámicamente estable, Glasgow 12, y había requerido transfusión de 2 unidades de concentrados de hematíes por Hb 7.8 g/dl, aunque sin exteriorización hemorrágica salvo sangrado de encías y puntos de venopunción. Se realizó un control de gota gruesa y se informa de un parasitemia del 3%. Señale la opción correcta:

- A) Hay que realizar una punción lumbar para descartar meningitis concomitante.
- B) Es preciso cambiar el tratamiento por fracaso del anterior régimen a Dihidrocloruro de Quinina a dosis de carga de 1.200 mg, seguido de 800 mg cada 8 h.
- C) Sería recomendable repetir gota gruesa a las 24 h del ingreso hospitalario.
- D) El incremento de la parasitemia es debido a que hay una coparasitación por *P. falciparum* y *P. ovale*.

129 A las 48 h el paciente fue trasladado a planta tolerando dieta oral. Se confirmó infección por Plasmodium falciparum y la negativización de parasitemia a las 72 h. Continuó tratamiento con Dihidroartemisina/Piperaquina 40/320 mg 4 comprimidos al día hasta completar 7 días. Se decide alta hospitalaria. ¿Cuál de las siguientes actuaciones le parece correcta?

- A) Es preciso administrar Primaquina a dosis de 15 mg/día durante 14 días, para eliminar hipnozoítos.
 - B) Sería recomendable realizar un control de hemograma transcurrida una semana, para valorar la posibilidad de anemia hemolítica.
 - C) Habría que prolongar el tratamiento con Dihidroartemisina/Piperaquina durante 7 días más, dado que ha presentado una malaria grave.
 - D) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.
-

CASO PRÁCTICO 9:

Paciente de 53 años, que ingresa procedente de Urgencias por cuadro de cefalea de unas 4 semanas de evolución, fronto-occipital, diaria, que en los últimos 4 días se

acompaña de vómitos y sensación febril no termometrada. Además su acompañante refiere que en las últimas horas lo encuentra confuso. Se realiza TAC craneal que no muestra alteraciones, y se realiza punción lumbar objetivando una presión de apertura elevada y líquido cefalorraquídeo claro con los siguientes parámetros: glucosa 11 mg/dl, proteínas 42 mg/dl, leucocitos 68 leucocitos/mm³ (80% mononucleares) siendo la tinción de tinta china positiva.

130 ¿Cuál de las siguientes pautas le parece adecuada como tratamiento de inducción?

- A) Anfotericina B liposomal 3-4 mg/kg/24 h iv.
- B) Anfotericina B liposomal 3-4 mg/kg/24 h iv + Flucitosina 25 mg/kg/6h vo
- C) Fluconazol 400-800 mg/24 h vo/iv.
- D) Anfotericina B deoxicolato 0.7-1 mg/kg/24 h iv.

131 Se realizó una serología de VIH que resultó positiva, y se determinó el recuento de células CD4+: 2 cels/mm³. ¿Cuál de las siguientes actuaciones le parece adecuada en este contexto clínico?

- A) El inicio precoz de tratamiento antirretroviral (TAR) mejoraría el pronóstico en este caso.
- B) Está indicado el inicio de TAR en la primera semana tras el diagnóstico, con una pauta basada en inhibidores de la integrasa.
- C) En el caso clínico que nos ocupa lo recomendable sería demorar el TAR unas 4-6 semanas, lo cual se ha asociado a una reducción de la mortalidad.
- D) No está indicado el uso de inhibidores de la integrasa en este caso, por las interacciones que se producen entre este grupo de fármacos y los antifúngicos.

132 La evolución posterior del paciente fue favorable, precisó punciones lumbares para reducción de presión intracraneal en tres ocasiones, no obstante no presentó ninguna complicación. Tras mantener tratamiento antifúngico de inducción durante 2 semanas, ¿cuál de las siguientes actuaciones le parece correcta?

- A) Realización de cultivo de líquido cefalorraquídeo y, en caso de que persistiera positivo, mantener tratamiento de inducción.
- B) El tratamiento ya se ha completado y podemos considerar que la enfermedad está curada.
- C) Está indicado mantener el tratamiento parenteral durante al menos 4 semanas.
- D) Se recomienda paso a vía oral independientemente del resultado del cultivo de líquido cefalorraquídeo, ya que este dato no es relevante.

133 En las revisiones en consulta, el paciente se muestra adherente. Al alta del episodio de hospitalización ya presentaba una carga viral indetectable y un recuento de células CD4+ 136 cels/mm³. Seguimiento mensual inicialmente y, posteriormente trimestral con buen control inmunoviológico. Transcurrido un año tras el alta hospitalaria, el paciente mantiene TAR además de Fluconazol 200 mg y Trimetoprim/Sulfametoxazol (TMP/SMX) 800/160 mg 3 veces por semana. En ese momento su carga viral es indetectable y sus cifras de CD4+ 184 cels/mm³. ¿Qué actuaciones le parecen adecuadas?

- A) Se podría suspender Fluconazol puesto que ya ha cumplido un año de tratamiento.
 - B) Estaría indicada la suspensión de Fluconazol porque tiene carga viral indetectable y un recuento de células CD4+ mayor de 100 cels/mm³.
 - C) Se podría suspender TMP/SMX puesto que tiene un recuento de células CD4+ mayor de 100 cels/mm³ y viremia indetectable durante al menos 3 meses.
 - D) Todas las actuaciones anteriores son adecuadas.
-

CASO PRÁCTICO 10:

Paciente de 75 años con neoplasia de pulmón metastásica, en tratamiento quimioterápico activo a través de catéter central de inserción periférica de dos luces, que acude a Urgencias por fiebre tras segundo ciclo de quimioterapia. Una vez valorado en Urgencias, y excluida neutropenia febril de alto riesgo, es dado de alta con antibioterapia oral (Amoxicilina/Clavulánico + Ciprofloxacino). A las 24 horas avisan de Microbiología porque en los hemocultivos cursados en Urgencias (1 sólo set, no especificado si extraído de catéter central o periférico) se ha identificado *S. lugdunensis* en un bote de los dos extraídos. Usted se pone en contacto con el paciente, que se encuentra subjetivamente bien, sin síntomas focales. Ha tenido fiebre esta mañana con leve tiritona. Por lo demás no se encuentra mal, salvo síncope ortostático en el contexto de la fiebre.

134 Su interpretación y manejo sería:

- A) Probable contaminación del hemocultivo, actitud expectante con control estrecho telefónico.
- B) Bacteriemia relacionada con catéter central, acudir para retirada del mismo y antibioterapia empírica.
- C) Colonización del catéter central, acudir para nuevos hemocultivos, sellado del catéter y mantener sin antibioterapia.
- D) Posible bacteriemia relacionada con el catéter central, acudir para nuevos hemocultivos, retirar el catéter y antibioterapia empírica.

135 El facultativo que valora el caso decide actitud expectante en domicilio. A las 48 horas repite fiebre con tiritona, por lo que el paciente acude a Urgencias. En Urgencias febril, tensión arterial 89/56, frecuencia respiratoria 24 rpm, Saturación de oxígeno 94% basal, rítmico a 120 spm. No soplos cardíacos. No lesiones cutáneas ni signos de infección en punto de entrada del catéter central. Se extraen hemocultivos y analítica. Le avisan para valorar el caso. Usted recomendaría:

- A) Antibioterapia empírica con Cefepime + Vancomicina, mantener el catéter.
- B) Antibioterapia empírica con Cefepime + Vancomicina, retirar el catéter.
- C) Antibioterapia empírica con Cefazolina, retirar el catéter.
- D) Antibioterapia empírica con Cefazolina + Vancomicina, retirar el catéter.

136 A las 12 horas le avisan de Microbiología que se ha identificado un estafilococo coagulasa negativo que MALDITOF ha identificado como S. lugdunensis en hemocultivo extraído de luz blanca (tiempo hasta positivización 6 horas) y en el hemocultivo periférico (tiempo hasta positivización 8 horas y 30 minutos). Además se ha identificado S. capitis en el hemocultivo de la luz roja (tiempo hasta positivización 9 horas). El enfermo mantiene febrícula, TA 110/65, frecuencia respiratoria 14 rpm, analítica con leucocitos $6.5 \times 10^9/L$, neutrófilos $720 \times 10^9/L$, proteína C reactiva 72 mg/dL y creatinina 0.9 mg/dL. El facultativo que valoró el caso inició antibioterapia empírica con Meropenem + Daptomicina. Su interpretación y manejo (asumiendo patrón de sensibilidad habitual de los dos estafilococos coagulasa negativos identificados) sería:

- A) Contaminación del hemocultivo. Mantener pauta antibiótica empírica.
- B) Bacteriemia relacionada con catéter central por S. lugdunensis. Retirar Meropenem y completar 7 días de tratamiento con Daptomicina.
- C) Bacteriemia relacionada con catéter central por S. lugdunensis. Retirar Meropenem y desescalar Daptomicina a Cefazolina para completar 14 días de tratamiento.
- D) Bacteriemia polimicrobiana (S. lugdunensis y S. capitis) relacionada con catéter central. Completar 5 días de tratamiento con Daptomicina o Vancomicina.

CASO PRÁCTICO 11:

Mujer de 72 años con antecedentes de hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con Metformina, fibrilación auricular anticoagulada con Dabigatrán y síndrome depresivo en tratamiento con Mirtazapina. Hace 2 años se implantó una prótesis total de rodilla izquierda en otra comunidad autónoma. En el post-operatorio inicial refiere que presentó una infección de herida quirúrgica con dehiscencia parcial, que requirió curas y varios ciclos de antibioterapia oral que no recuerda. Terminó cerrando al cabo de varias semanas. Posteriormente aparición, durante el primer año del implante, de dolor en rodilla izquierda de ritmo mecánico y ligero aumento de tamaño de rodilla sin claros signos inflamatorios. Nunca ha tenido fiebre. Le dijeron que era normal tras la cirugía. Al cabo de un año y medio del implante aparece fístula en cara interna de la región tibial izquierda adyacente a la rodilla, con exudado intermitente, motivo por el que se han realizado ciclos de antibioterapia con mejoría parcial y desaparición del exudado tras antibioterapia. Finalmente le avisan desde Traumatología para valorar el caso, porque en el último cultivo de la fístula se ha identificado un S. epidermidis resistente a Oxacilina, quinolonas y

Trimetoprim/Sulfametoxazol, y sensible a Vancomicina, Daptomicina y Linezolid. Previamente se había identificado en un cultivo anterior un Streptococcus intermedius. A la exploración se confirma la presencia de trayecto fistuloso que comunica con la articulación. En la analítica ausencia de leucocitosis, función renal normal, proteína C reactiva 32 mg/dL y velocidad de sedimentación glomerular de 40 mm. La radiografía simple no muestra claros signos de movilización o aflojamiento de la prótesis. Se realiza una ecografía articular en la que no se ven colecciones; sí hay mínimo líquido libre, que se intenta extraer sin éxito.

137 Indique la respuesta correcta:

- A) La paciente tiene una infección protésica crónica tardía (o tipo II de Tsukayama) por *S. epidermidis*.
- B) La paciente tiene una probable infección protésica retrasada (“delayed”) de acuerdo a la clasificación de Zimmerli.
- C) La ausencia de movilización de la prótesis excluye el diagnóstico de infección protésica.
- D) Un valor de proteína C reactiva < 40 mg/dL tiene un alto valor predictivo para excluir una infección protésica.

138 ¿Qué recomendación haría a la Unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología?

- A) Estrategia de recambio en dos tiempos, por lo que recomendaría retirada de la prótesis, iniciando tratamiento con Vancomicina intravenosa mientras se programa la cirugía del explante.
- B) Estrategia de recambio en dos tiempos, por lo que recomendaría retirada de la prótesis, iniciando tratamiento con Ceftazidima y Vancomicina intravenosa mientras se programa la cirugía del explante.
- C) Estrategia de conservación de la prótesis o estrategia DAIR.
- D) Suspender antibioterapia y solicitar gammagrafía ósea.

139 Traumatología de guardia da de alta a la paciente a consultas externas, en espera de tomar una decisión por parte del traumatólogo que la operó, pero la enferma se pierde de seguimiento con motivo del fallecimiento de su marido. Al cabo de 6 meses consulta de nuevo en Urgencias, mantiene una fístula crónica y en la radiografía simple hay movilización de la prótesis, por lo que se decide retirar la prótesis, con toma de 6 muestras incluyendo la prótesis, hueso y tejidos blandos. En 3 de las 6 muestras se identifica *S. epidermidis*. Las muestras han venido mal identificadas y no es posible saber qué localización tienen las positivas. Indique la respuesta correcta:

- A) Se trata de una probable contaminación, asumiría movilización aséptica de la prótesis.
- B) Hablaría con Traumatología para nueva toma de muestras quirúrgicas.
- C) Manejaría como una infección protésica con cultivo negativo.
- D) Manejaría como infección protésica por *S. epidermidis*.

140 El antibiograma del Staphylococcus epidermidis muestra que es resistente a Oxacilina y Levofloxacino, y sensible a Trimetoprim/Sulfametoxazol, Clindamicina, Linezolid y Rifampicina. En el caso de que decidiera realizar un tratamiento dirigido a este microorganismo, ¿cuál sería la pauta recomendada de forma preferente, de acuerdo a la Guía de manejo de la SEIMC para el tratamiento de la fase oral dirigida frente al biofilm?

- A) Trimetoprim/Sulfametoxazol + Rifampicina.
- B) Linezolid + Rifampicina.
- C) Clindamicina + Rifampicina.
- D) Todas las anteriores serían opciones válidas con el mismo nivel de recomendación.

141 Atendiendo a las potenciales interacciones de los antimicrobianos anteriores con su tratamiento basal, indique cuáles son potenciales interacciones graves a evitar:

- A) Dabigatrán debe evitarse con Rifampicina.
- B) Dabigatrán debe evitarse con Linezolid.
- C) Mirtazapina debe evitarse con Linezolid.
- D) Las respuestas A) y C) son correctas

CASO PRÁCTICO 12:

Paciente de 74 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, cardiopatía isquémica, mieloma múltiple en tratamiento con Bortezomib, Lenalidomida y Dexametasona hasta hace un mes, estando pendiente de reevaluación tras tratamiento inicial. Como complicación de su mieloma múltiple tiene una enfermedad renal crónica con aclaramiento estimado de creatinina de 24 mL/min. No es portador de prótesis o dispositivos. Ingreso hace 2 meses por neutropenia febril sin aislamiento microbiológico, recibiendo tratamiento con Cefepime durante 10 días. No colonización previa conocida por enterobacterias multirresistentes. Tiene un catéter venoso central de inserción periférica de dos luces canalizado hace 10 meses. Acude a Urgencias por fiebre de 48 horas de instauración brusca con escalofríos, tiritona, sin focalidad clínica evidente y acompañado de signos iniciales en Urgencias de sepsis (ligera afectación de nivel de conciencia y TA 95/45). El catéter central no tiene signos de infección en el punto de entrada. En Urgencias se extraen hemocultivos diferenciales y analítica, en la que hay leucocitosis leve sin neutropenia, función renal similar a previas, elevación de proteína C reactiva, elevación de procalcitonina y lactato normal. La radiografía de tórax es normal. En Urgencias se inicia antibioterapia empírica con Cefepime. A las 4 horas avisa Microbiología porque en el hemocultivo se ha identificado en todos los botes de hemocultivos remitidos (6 frascos) cocos gram positivos en racimos que MALDITOF identifica como *S. aureus*. El primer hemocultivo positivo ha sido el de la luz roja, siendo positivo a los 85 minutos el primer hemocultivo periférico. El paciente está en la sala de observación, ha mejorado el nivel de conciencia, la TA es 105/56 y el médico de guardia de observación le indica que está “mejor que cuando llegó”.

142 Usted recomendaría:

- A) Retirada del catéter, asociar al tratamiento (tto.) con Vancomicina a dosis ajustada a peso y mantener Cefepime.
- B) Mantener el catéter, suspender Cefepime y tto. con Vancomicina ajustada a peso.
- C) Retirar el catéter, suspender Cefepime y tto. con Daptomicina a dosis ajustada a peso.
- D) Retirar el catéter, mantener Cefepime y asociar tto. con Daptomicina ajustada a peso.

143 A la hora de la primera llamada de Microbiología, le vuelven a avisar porque la inmunocromatografía para la detección de la PBP2a ha sido negativa. El paciente sigue estable, con TA 110/65 y sin otros datos nuevos. Usted recomendaría respecto a la antibioterapia antiestafilocócica (Vancomicina o Daptomicina) que hubiese elegido:

- A) Seguir igual y esperar al antibiograma.
- B) Añadir Cloxacilina 2 gr cada 6 horas, o Cefazolina 2 gr cada 8 horas, al agente antiestafilocócico empírico elegido previamente (Vancomicina o Daptomicina).
- C) Sustituir el agente antiestafilocócico elegido previamente (Vancomicina o Daptomicina) por Cloxacilina 2 gr cada 6h.
- D) Sustituir el agente antiestafilocócico elegido previamente (Vancomicina o Daptomicina) por Cefazolina 2 gr cada 8 horas.

144 A las 72 h del inicio de antibioterapia se extraen hemocultivos, que en el día +7 de tratamiento antibiótico activo van negativos por el momento. El paciente se mantiene afebril, estable, asintomático y tolerando vía oral (v.o.). Se confirmó en el hemocultivo inicial que el aislado era sensible a Oxacilina, Vancomicina (CMI por e-test 0.5), Daptomicina, Levofloxacino, Rifampicina y Cotrimoxazol. Mantiene antibioterapia intravenosa antiestafilocócica. En el momento actual ya no tiene el catéter, siendo el cultivo de la punta negativo. En un urocultivo, cursado el día que acudió a Urgencias y que nadie había revisado, comprueba que se ha identificado S. aureus con el mismo fenotipo que el del hemocultivo. Su interpretación sería:

- A) Bacteriemia no complicada por S. aureus de foco urinario con buena evolución. Secuenciar tratamiento a la v.o. con Levofloxacino para completar 7 días adicionales.
- B) Bacteriemia complicada (paciente inmunodeprimido) por S. aureus de foco urinario. Completar 14 días de tratamiento intravenoso y 14 días adicionales por v.o. con Levofloxacino.
- C) Bacteriemia no complicada por S. aureus posiblemente relacionada con el catéter central, con bacteriuria de escape. Completar 7 días adicionales con Levofloxacino por v.o.
- D) Bacteriemia primaria no complicada por S. aureus, no relacionada con el catéter central, contaminación del urocultivo. Completar 14 días de tratamiento intravenoso.

CASO PRÁCTICO 13:

Varón de 65 años, con antecedentes de neoplasia de vejiga intervenida hace 3 años con cistoprostatectomía radical, recibiendo posteriormente quimioterapia adyuvante. Hidronefrosis riñón izquierdo por estenosis ureteral como secuela, por lo que es portador de catéter doble J izquierdo, que ha sido recambiado hace 4 meses de manera programada. Infecciones urinarias de repetición en últimos 3 años, con alta presión antibiótica. Último urocultivo disponible hace 45 días con identificación de E. Coli con

resistencia a Amoxicilina/Clavulánico y quinolonas, y sensibilidad a cefalosporinas de 3ª generación, Trimetoprim/Sulfametoxazol y Fosfomicina. Consta una prescripción en receta XXI en el último mes de Cefixima 10 días. Acude a Urgencias por clínica compatible de pielonefritis aguda izquierda sin datos de sepsis. La creatinina es 1.3 mg/dL, similar a la basal previa. Se han extraído hemocultivos y un urocultivo. Una ecografía realizada en Urgencias muestra hidronefrosis grado II en riñón izquierdo, similar a controles ecográficos previos, por lo que Urología recomienda antibioterapia empírica sin que precise a su criterio actuar por el momento sobre la vía urinaria. En Urgencias se ha administrado una dosis de Ceftriaxona 2 gr a su llegada. Tras 4 horas de estancia en Urgencias el paciente sigue estable y sin datos de sepsis.

145 Le consultan sobre la antibioterapia empírica previo al ingreso. Señale la opción correcta:

- A) Si hay urocultivos previos, se recomienda guiar el tratamiento por el último urocultivo disponible siempre que sea de los últimos 60 días, por lo que mantendría la Ceftriaxona.
- B) Dado el riesgo de infección por enterobacterias productoras de beta-lactamasas de espectro extendido y Pseudomonas iniciaría Cefepime.
- C) Una opción sería asociar a la Ceftriaxona una dosis de un aminoglucósido a la espera de resultados microbiológicos.
- D) Insistiría a Urología en la importancia del recambio precoz del catéter doble J, dado que se ha demostrado recientemente que mejora el pronóstico.

146 El paciente ingresó con antibioterapia empírica con Ertapenem. A las 12 h Microbiología avisa de que en el hemocultivo se ha identificado un bacilo gram negativo que MALDITOF identifica como E. Coli. La detección rápida de beta-lactamasa por inmunocromatografía es positiva, por lo que se mantiene Ertapenem como tratamiento. A las 48 h del ingreso e inicio de la antibioterapia dispone del antibiograma, en el que se confirma E. Coli con fenotipo compatible con producción de beta-lactamasa de espectro extendido y resistencia a Amoxicilina/Clavulánico y quinolonas. Es sensible a Piperacilina/Tazobactam (concentración mínima inhibitoria [CMI] < 4), Trimetoprim/Sulfametoxazol, Fosfomicina y aminoglucósidos. El enfermo ha quedado afebril y está clínicamente estable. La creatinina a las 48 horas es 1.15 mg/dL. El urocultivo se ha informado como contaminado. De cara a decidir sobre el tratamiento antibiótico dirigido de este caso, ¿qué afirmación le parece correcta?

- A) Ante las incertidumbres sobre una mayor mortalidad con Piperacilina/Tazobactam, existe consenso de los expertos en tratar siempre este tipo de infecciones con un carbapenémico.
- B) Fosfomicina intravenosa ha demostrado la no inferioridad a Ceftriaxona o Meropenem en este escenario en el ensayo clínico FOREST.
- C) Una opción válida de desescalado sería Trimetoprim/Sulfametoxazol.
- D) Dado que no se ha podido confirmar en el urocultivo la ausencia de otros patógenos implicados además del E. Coli, no sería seguro desescalar el tratamiento.

147 De cara a planificar los siguientes pasos del tratamiento, indique cuál de las siguientes afirmaciones le parece correcta:

- A) De mantenerse la evolución actual, podría plantearse el alta sin recambio por el momento del catéter doble J.
- B) No pueden aplicarse los resultados del ensayo clínico SHORTEN en este escenario, dado que las bacteriemias por enterobacterias productoras de beta-lactamasas fueron excluidas en este ensayo.
- C) Se ha demostrado la eficacia de una duración de 7 a 10 días en este escenario en caso de usarse un beta-lactámico, pero no hay datos de la eficacia de pautas inferiores a 10 días de los regímenes basados en quinolonas o Trimetoprim/Sulfametoxazol.
- D) Los últimos datos disponibles derivados del ensayo clínico FOREST sobre la posibilidad de contemplar Fosfomicina como opción de terapia secuencial oral se basan en pacientes con infecciones urinarias por *Klebsiella pneumoniae*, por lo que no pueden extrapolarse a este contexto.

CASO PRÁCTICO 14:

Paciente con infección por VIH y última determinación conocida de linfocitos CD4 de 180 cél/ml. Durante los últimos 6 meses no ha realizado tratamiento, ni seguimiento médico alguno.

Acude a consulta por presentar fiebre, tos y disnea de dos semanas de evolución. También refiere pérdida de agudeza visual por ojo izquierdo desde hace varias semanas. En la gasometría arterial se aprecia hipoxemia. La placa de tórax se muestra al margen.



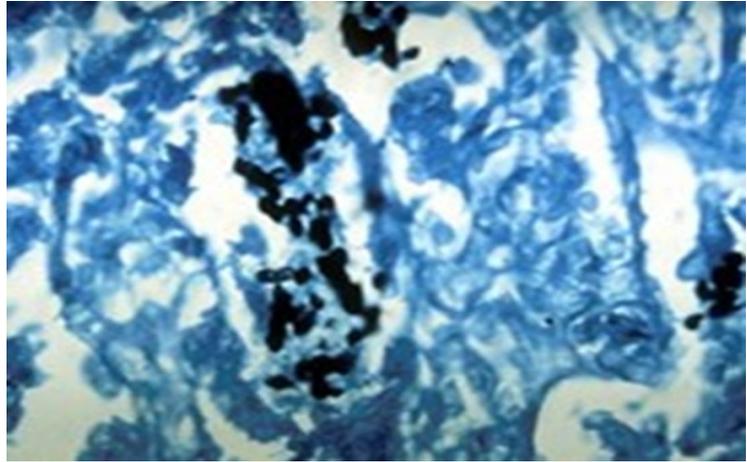
148 ¿Qué tratamiento empírico iniciaría en espera de los resultados microbiológicos?

- A) Trimetoprim-sulfametoxazol.
- B) Ganciclovir.
- C) Meropenem.
- D) Trimetoprim-Sulfametoxazol + Ganciclovir.

149 Se realiza un lavado broncoalveolar (LBA). En la anatomía patológica se muestra abundante moco con estructuras redondeadas que se tiñen de negro con plata-metenamina (ver imagen).

¿Qué prueba microbiológica piensa que tendría más rentabilidad diagnóstica en la muestra de LBA?

- A) PCR de *Aspergillus* spp.
- B) Galactomanano.
- C) PCR de *Pneumocystis jirovecii*.
- D) PCR de Citomegalovirus.



150 Con la información que ya dispone, ¿qué tratamiento dirigido indicaría?

- A) Anfotericina B.
- B) Voriconazol.
- C) Trimetropin-Sulfametoxazol.
- D) Ganciclovir.

151 En relación al virus Chikungunya, señale la correcta:

- A) La presencia en Europa de *Aedes albopictus* no aumenta la probabilidad de una futura epidemia por virus Chikungunya.
- B) Los seres humanos con viremia elevada no constituyen un reservorio para la infección de los mosquitos.
- C) Las secuelas tardías y crónicas se producen en presencia de una respuesta humoral energética, y los hallazgos anatomopatológicos son compatibles con una etiología autoinmunitaria.
- D) En caso de artritis, no se ha detectado la presencia de ARN del virus en tejido articular.

152 ¿Cuál es el tratamiento de la enfermedad por CMV refractaria al tratamiento con Ganciclovir, en un paciente trasplantado con deterioro de la función renal?

- A) Foscarnet.
- B) Inmunoglobulinas hiperinmune anti-CMV.
- C) Letermovir.
- D) Maribavir.

153 Varón de 48 años con alcoholismo, diabetes tipo 2 mal controlada y problemática sociofamiliar con déficit de autocuidado. Acude por dolor de 10 días de evolución en hemicara izquierda, localizado sobre rama mandibular, y dificultad para apertura de cavidad oral sin clara tumefacción de la zona. Febrícula ocasional. En las semanas previas dolor localizado en los últimos molares de hemiarcada superior ipsilateral. Acude a Urgencias porque ha empezado a notar ligera sensación de disfagia. A la exploración temperatura 37.3°C, tensión arterial 115/65, frecuencia respiratoria 16 rpm, boca séptica con varias piezas dentarias en mal estado, paladar blando y faringe normal con úvula centrada. Calor y dolor a palpación local en rama mandibular con mínima tumefacción no fluctuante. Palpación del cuello normal. Indique la afirmación correcta:

- A) Infección en el espacio de los masticadores de origen odontógeno.
- B) Infección de la cavidad oral con progresión al espacio lateral faríngeo de la región infrahioidea.
- C) Síndrome de Lemierre.
- D) Angina de Ludwig.

INSTRUCCIONES PARA LAS PERSONAS Opositoras:

Las personas opositoras están obligadas a colaborar en el correcto desarrollo del examen cumpliendo las siguientes instrucciones; en caso contrario nos veríamos obligados a pedirle que abandone el examen.

EL INCUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES QUE A CONTINUACIÓN LE DETALLAMOS SUPONDRÁ LA EXPULSIÓN DEL PROCESO.

SOBRE LA UTILIZACIÓN DE TELÉFONOS MÓVILES Y OTROS DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS:

- ESTÁ PROHIBIDA LA ENTRADA AL AULA Y PUESTO DE EXAMEN con TELÉFONO MÓVIL (o cualquier otro dispositivo electrónico conectado a datos).
- En caso de que necesite algún dispositivo electrónico por tema médico o relacionado con medidas de seguridad en el ámbito de la violencia de género, informe de ello a su entrada en el aula, y le indicarán qué instrucciones específicas debe seguir.
- SI SE LE HUBIERA OLVIDADO DEJAR EL MÓVIL EN CASA O A UN ACOMPAÑANTE, TIENE QUE PONERLO EN CONOCIMIENTO Y ENTREGÁRSELO A LOS RESPONSABLES DEL AULA, QUE LO CUSTODIARÁN HASTA FINALIZAR SU PRUEBA:
- Para ello le entregarán un sobre con autopegado, en el que deberá escribir su DNI, nombre y apellidos, introducir el dispositivo apagado en el sobre, cerrarlo y dejarlo claramente visible en su mesa de examen para que, antes del inicio del reparto de los cuadernillos de examen, sea depositado por las personas de la organización en la mesa del responsable del aula.
- Finalizada la prueba, podrá recoger su móvil tras la presentación de su DNI.

SOBRE EL CORRECTO DESARROLLO DE LA PRUEBA:

- ENCIMA DE LA MESA DE EXAMEN SÓLO PUEDEN ESTAR su documento identificativo (DNI, pasaporte), el cuadernillo de examen y la hoja de respuesta que se le entreguen, el/ los bolígrafo/s y, en su caso, una botella de agua y caramelos. Los enseres personales, como bolsos, carteras, mochilas, etc., debe colocarlos en el suelo, a sus pies.
- ESTÁ TOTALMENTE PROHIBIDO CUALQUIER TIPO DE COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS Opositoras Y ENTRE ÉSTAS Y EL EXTERIOR, ASÍ COMO EL USO Y TENENCIA DE DISPOSITIVOS MÓVILES.
- NO ESTÁ PERMITIDO LEVANTARSE DEL ASIENTO NI SALIR DEL AULA EN NINGUNA CIRCUNSTANCIA HASTA EL MOMENTO EN QUE SE INICIE EL EJERCICIO. Después, podrá ir al baño, siempre acompañado por uno de los vigilantes del aula.

SOBRE EL CONTENIDO DEL CUADERNILLO DE EXAMEN:

- Iniciada la prueba, si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, levante la mano y, cuando le atiendan, solicite su sustitución.
- Si entiende que existen preguntas confusas, incorrectamente formuladas o con respuestas erróneas, **LE RECORDAMOS QUE LA/S ALEGACIÓN/ES A LA/S PREGUNTA/S HA DE REALIZARSE A TRAVÉS DE LA V.E.C. EN LOS TRES DIAS HÁBILES SIGUIENTES A LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN.**

NO ESTÁ PERMITIDO INTERRUPIR EL CORRECTO DESARROLLO DEL EXAMEN.

ANTE CUALQUIER CUESTIÓN O INCIDENCIA QUE TENGA, LEVANTE LA MANO Y ESPERE SENTADO/A Y EN SILENCIO A QUE LE ATIENDAN LAS PERSONAS QUE ESTAN VIGILANDO EL DESARROLLO DE LA PRUEBA.

