Osakidetza



FACULTATIVO/A ESPECIALISTA MÉDICO/A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

PREGUNTAS

1.- Una mujer de 34 años, no embarazada y sin anomalías conocidas del aparato urinario, presenta disuria y polaquiuria de 24 horas de evolución, sin fiebre ni dolor lumbar. Respecto al diagnóstico microbiológico, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Se requiere siempre un recuento $\geq 10^5$ UFC/mL para considerar positivo el urocultivo.
b) En una mujer sintomática, recuentos $>10^2$ UFC/mL pueden ser significativos.
c) Cualquier crecimiento polimicrobiano confirma una infección urinaria complicada.
d) Un recuento $<10^5$ UFC/mL permite excluir una cistitis bacteriana.

2.- Con relación a las endoftalmitis, señale la respuesta FALSA:

a) Aspergillus y Fusarium son los agentes etiológicos más frecuentes de endoftalmitis fúngica.
b) La endoftalmitis aguda postcirugía de catarata ocurre en 0,1-0,2% de los casos de cirugía de catarata.
c) S. aureus es la causa más frecuente de endoftalmitis post cirugía de catarata.
d) La endoftalmitis se define como la infección intraocular que afecta al vítreo y/o al acuoso.

3.- En una persona paciente sin sonda urinaria ni instrumentación reciente se aísla Staphylococcus aureus en un urocultivo. ¿Qué consideración es particularmente importante?

a) Debe considerarse siempre contaminación de la muestra.
b) Es característico de una cistitis no complicada.
c) Debe investigarse la posibilidad de diseminación hematógena.
d) Es característico de una infección ascendente procedente de la flora perineal.

4.- En relación al diagnóstico de infección de derivación de LCR, señale la afirmación FALSA:

a) Si los cultivos iniciales de LCR son negativos, se recomienda dejar incubando al menos 10 días para descartar P. acnes.
b) La determinación de lactato en LCR no tiene ninguna utilidad.
c) La eosinofilia en el LCR (> 8%) se ha asociado a una infección indolente.
d) Los hemocultivos son frecuentemente positivos en pacientes con infección de una derivación ventrículo-auricular.



5.- En relación a la tromboflebitis supurada originada en una infección de catéter, señale la respuesta FALSA:

a) La anticoagulación es clave y su indicación, universal para la resolución del cuadro.
b) Es una entidad que debe ser descartada en todos los casos de bacteriemia persistente en una persona paciente con catéter venoso.
c) El tratamiento antibiótico ha de ser prolongado.
d) La irritación de la pared venosa es mucho más frecuente con los catéteres de polietileno que con los de teflón.

6.- Respecto a la endocarditis infecciosa por S. aureus, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Tras una bacteriemia por S. aureus el riesgo de desarrollar endocarditis infecciosa está entre un 10-12%.
b) El microorganismo puede atacar a las válvulas cardíacas normales en cerca de un tercio de las personas pacientes.
c) Hoy en día, la realización sistemática de un ecocardiograma transesofágico (ETE), está indicado en todos las personas pacientes con bacteriemia por S. aureus asociada a catéter.
d) La proporción de endocarditis infecciosa debida a S. aureus parece estar aumentando en hospitales tanto comunitarios como universitarios.

7.- ¿En cuál de las siguientes situaciones está indicado realizar cribado y tratamiento de una bacteriuria asintomática?

a) Mujer sana posmenopáusica.
b) Paciente con diabetes mellitus bien controlada.
c) Paciente portador/a de sonda vesical permanente sin síntomas.
d) Mujer embarazada.

8.- Un varón de 58 años presenta fiebre de 39 °C, escalofríos, disuria, dolor perineal y próstata dolorosa a la exploración. Ante la sospecha de prostatitis bacteriana aguda, ¿cuál de las siguientes actuaciones diagnósticas es la más adecuada?

a) Realizar masaje prostático para obtener secreción prostática antes de iniciar tratamiento.
b) Realizar sistemáticamente la prueba de los cuatro vasos de Meares-Stamey.
c) Obtener urocultivo y, dada la afectación sistémica, hemocultivos antes del tratamiento antimicrobiano siempre que ello no retrase su inicio.
d) No realizar urocultivo porque la infección está localizada en la próstata.

9.- ¿Cuál de los siguientes factores NO incrementa la probabilidad de desarrollar un síndrome del shock tóxico estreptocócico?

a) Diabetes.
b) Varicela.
c) Tabaquismo.
d) Traumatismo no penetrante.



10.- Paciente portador de sonda vesical permanente presenta bacteriuria y piuria, pero no tiene síntomas urinarios ni signos sistémicos de infección. ¿Cuál es la actitud más adecuada?

a) Administrar tratamiento antimicrobiano por la presencia de piuria.
b) Administrar tratamiento si el recuento bacteriano supera 10^3 UFC/mL.
c) No administrar antimicrobianos únicamente por estos hallazgos.
d) Administrar profilaxis antimicrobiana mientras permanezca sondado.

11.- Respecto al virus del Nilo Occidental, señale la respuesta FALSA:

a) Se considera el arbovirus más extendido en el mundo y, en la actualidad es la segunda causa de encefalitis epidémica transmitida por mosquitos en EE. UU.
b) Es un flavivirus que se transmite a través de la picadura de mosquitos infectados, transfusiones y trasplante de órganos.
c) Infecta a seres humanos, aves y mosquitos.
d) Existen vacunas aprobadas para caballos.

12.- Respecto a las infecciones del SNC en pacientes trasplantados de órgano sólido señale la respuesta FALSA:

a) La enfermedad por virus herpes simple es muy poco frecuente.
b) Es relativamente frecuente (en torno a un 30-40%) que con la meningitis criptocócica haya también neumonía y funguemia por el mismo microorganismo.
c) En casos de abscesos de SNC por Nocardia spp. drenados, el tratamiento antimicrobiano se deberá parar a los 6 meses.
d) Pacientes con criptococosis tienen un mejor pronóstico si, en su tratamiento inmunosupresor, están con inhibidores de la calcineurina.

13.- En pacientes con cardiopatía congénita y absceso cerebral, ¿qué cepas microbianas son más habituales encontrar en cultivo?

a) Estreptococos y Haemophilus spp.
b) S. aureus.
c) Prevotella spp.
d) Nocardia spp.

14.- Señale la respuesta FALSA en relación con la gripe aviar:

a) El virus H7N9, produce una alta mortalidad en seres humanos y en aves por su alta patogenicidad tanto en seres humanos como en aves.
b) Dada su alta patogenicidad en aves, la vigilancia de la mortalidad en las mismas, alerta de potenciales brotes de H5N1.
c) La transmisión del H5N1 persona a persona es muy poco eficiente.
d) H5N1 tiene un tropismo especial por receptores de las vías respiratorias inferiores.



15.- En relación al coronavirus de Arabia Saudí/MERS-CoV, señale la respuesta FALSA:

a) Los murciélagos representan un papel importante en la ecología de MERS-CoV.
b) La enfermedad cursa con neumonía que, con frecuencia, precisa ventilación mecánica.
c) Se asocia con relativa frecuencia a insuficiencia renal, en relación con que su receptor DPP-4 se expresa a alto nivel en los riñones.
d) Está producido por un alfacoronavirus muy similar al que produce el catarro común.

16.- En el estudio de una fiebre de origen desconocido (FOD), ¿cuál de las siguientes estrategias se ajusta mejor al planteamiento diagnóstico?

a) Iniciar antibioterapia empírica de amplio espectro desde el comienzo del estudio.
b) Realizar biopsias múltiples independientemente de los hallazgos clínicos.
c) Buscar repetidamente pistas diagnósticas mediante anamnesis y exploración física detalladas y orientar a partir de ellas las pruebas posteriores.
d) Limitar inicialmente el diagnóstico diferencial a las enfermedades infecciosas.

17.- En una persona paciente con FOD persistente sin diagnóstico tras el estudio inicial, ¿qué técnica de imagen puede ser especialmente útil para localizar focos inflamatorios, infecciosos o neoplásicos ocultos y orientar procedimientos diagnósticos posteriores?

a) Urografía intravenosa.
b) Radiografía ósea sistemática.
c) PET con ^{18}F-FDG.
d) Arteriografía de cuerpo completo.

18.- Respecto a las candidiasis, señale la afirmación FALSA:

a) El tratamiento de elección de la candidemia es una equinocandina en espera de resultados.
b) El aislamiento de Candida spp en muestra de esputo, rara vez es diagnóstico de infección respiratoria de vía inferior.
c) La afectación articular u ósea por Candida los hemocultivos suelen ser positivos.
d) Salvo factores de riesgo muy específicos, en general, no está indicado el tratamiento antifúngico de la candiduria asintomática.

19.- ¿Cuál de las siguientes NO es un característica de la celulitis ocular preseptal?

a) La agudeza visual es normal.
b) No existe defecto pupilar aferente.
c) No existe proptosis.
d) La motilidad ocular extrínseca es dolorosa.

20.- Con respecto al virus de la Hepatitis E (VHE) señale la VERDADERA:

a) Es un virus ARN, constituido por cinco genotipos.
b) Sólo afecta a países en vías de desarrollo.



c) La forma de transmisión más frecuente es a través de gotas.
d) Se asocia a mortalidad elevada en mujeres durante el primer mes de embarazo.

21.- Respecto a las infecciones en pacientes trasplantados de órgano sólido, señale la respuesta FALSA:

a) Los receptores de trasplante pulmonar y de trasplante hepático son los que más riesgo tiene de infecciones fúngicas respecto a otros trasplantes de órgano solido.
b) Es posible que la profilaxis con cotrimoxazol para prevenir PCJ, en pacientes con transplante cardíaco, no proteja frente a nocardiosis.
c) El riesgo de infección tras el trasplante nunca vuelve al que tenía la persona paciente previo al trasplante.
d) En el periodo comprendido entre los 30-180 días tras el trasplante de órgano sólido predominan las infecciones relacionadas con el donante.

22.- En una persona paciente inmunocompetente y clínicamente estable con FOD clásica, sin diagnóstico después del estudio inicial, ¿qué actitud es generalmente más apropiada?

a) Iniciar glucocorticoides sistemáticamente.
b) Administrar tratamiento antituberculoso empírico.
c) Iniciar antibioterapia de amplio espectro.
d) Continuar el estudio etiológico evitando tratamientos empíricos que puedan enmascarar el diagnóstico.

23.- En relación al síndrome de artritis infecciosa crónica, señale la VERDADERA:

a) Habitualmente es poliarticular.
b) Aunque infrecuente en relación con la artritis bacteriana aguda, cada vez es más frecuente en personas pacientes inmunodeprimidas o con enfermedades crónicas.
c) Los Crytococcus spp son una causa frecuente entre las etiologías fúngicas.
d) Suele afectar a articulaciones pequeñas.

24.- En relación a las artritis virales, señale la FALSA:

a) Puede ocurrir de forma esporádica o en brotes comunitarios.
b) Por lo general es una artritis poliarticular simétrica aguda.
c) Entre sus agentes etiológicos se encuentran los virus de la hepatitis A y C.
d) La causada por el virus Chikungunya puede dar lugar a brotes explosivos.

25.- Entre las condiciones que se han de cumplir para plantearse un DAIR (desbridamiento con conservación del implante) en el tratamiento de una infección articular protésica NO está:

a) Infección aguda (síntomas de infección menores a 3 semanas de duración o menos de 1 mes post implantación).
b) Implante estable.



c) Que el agente etiológico sea un gram positivo.
d) Ausencia de fístulas y abscesos periprotésicos.

26.- ¿Cuál de las siguientes opciones define mejor la sepsis de acuerdo con los criterios Sepsis-3?

a) Infección acompañada de dos o más criterios de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.
b) Bacteriemia asociada a hipotensión arterial.
c) Disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta desregulada del huésped a la infección.
d) Infección acompañada necesariamente de una concentración de lactato >2 mmol/L.

27.- ¿Cuál de las siguientes combinaciones identifica clínicamente el choque séptico según Sepsis-3?

a) Sepsis y lactato >2 mmol/L, independientemente de la presión arterial.
b) Sepsis y presión arterial sistólica <90 mmHg antes de administrar líquidos.
c) Sepsis y necesidad de cualquier cantidad de fluidoterapia intravenosa.
d) Sepsis con necesidad de vasopresores para mantener una PAM ≥65 mmHg y lactato >2 mmol/L pese a una adecuada reposición de volumen.

28.- Según la Surviving Sepsis Campaign 2026, respecto al tipo de líquido utilizado para la reanimación inicial de la persona adulta con sepsis o choque séptico, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) La albúmina es el líquido de primera elección.
b) Los almidones constituyen una alternativa equivalente a los cristaloides.
c) Se recomienda utilizar solución salina al 0,9% con preferencia sobre los cristaloides balanceados.
d) Los cristaloides constituyen el líquido de primera línea y se sugiere utilizar cristaloides balanceados frente a solución salina al 0,9% en la mayoría de las personas pacientes.

29.- Una persona paciente con choque séptico continúa hipotenso y precisa tratamiento vasopresor. ¿Cuál es el vasopresor de primera elección?

a) Dopamina.
b) Vasopresina.
c) Noradrenalina.
d) Dobutamina.

30.- Una persona paciente con neumonía adquirida en la comunidad presenta insuficiencia respiratoria que requiere ventilación mecánica invasiva. Respecto a la valoración de gravedad, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) Se considera NAC grave únicamente si CURB-65 es ≥3.
b) Para considerarla grave es necesario que presente además choque séptico.



c) La necesidad de ventilación mecánica invasiva constituye por sí sola un criterio mayor de NAC grave.
d) Para clasificarla como NAC grave deben concurrir simultáneamente un criterio mayor y tres criterios menores.

31.- Respecto a la realización de hemocultivos en una persona adulta hospitalizada con neumonía adquirida en la comunidad, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) Deben realizarse sistemáticamente en toda NAC, incluida la tratada ambulatoriamente.
b) No están indicados en la NAC debido a su baja rentabilidad diagnóstica.
c) Se recomiendan en la NAC grave, pero no en todas las personas pacientes con NAC.
d) Solo están indicados cuando la procalcitonina está elevada.

32.- Una persona adulta presenta clínica y radiografía compatible con neumonía adquirida en la comunidad. La concentración inicial de procalcitonina es baja. ¿Cuál es la conducta más adecuada respecto al inicio del tratamiento antimicrobiano?

a) Descartar etiología bacteriana y no administrar antibióticos.
b) Repetir la procalcitonina y no iniciar antibióticos hasta disponer del segundo resultado.
c) No utilizar una procalcitonina inicial baja como único criterio para evitar el tratamiento antibiótico cuando existe una NAC clínica y radiológicamente confirmada.
d) Considerar confirmada una etiología vírica.

33.- Una persona adulta de 32 años consulta por odinofagia. Presenta tos, rinorrea, ronquera y conjuntivitis, sin datos de gravedad ni factores especiales de riesgo. ¿Cuál es la conducta más adecuada respecto a la posibilidad de infección por Streptococcus pyogenes?

a) Realizar cultivo faríngeo sistemáticamente.
b) Realizar un test rápido de antígeno y, si resulta negativo, cultivo faríngeo.
c) Administrar tratamiento empírico con penicilina durante 10 días.
d) No realizar pruebas microbiológicas ante un cuadro clínico claramente sugestivo de etiología viral.

34.- Un varón joven sexualmente activo presenta disuria y secreción uretral, sin polaquiuria ni urgencia miccional. ¿Cuál es la interpretación más adecuada?

a) La ausencia de polaquiuria hace improbable una infección de transmisión sexual.
b) El cuadro es característico de una cistitis bacteriana.
c) Debe considerarse uretritis.
d) La presencia de secreción uretral permite diagnosticar específicamente gonococia.



35.- En un varón con sospecha de uretritis por Chlamydia trachomatis, ¿qué prueba y muestra constituyen una opción diagnóstica de elección?

a) Serología de IgM en suero.
b) Cultivo convencional de orina de chorro medio.
c) Prueba de amplificación de ácidos nucleicos (NAAT) en primera fracción de orina.
d) Tinción de Gram de orina como prueba confirmatoria.

36.- Una persona paciente consulta por una úlcera genital. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) La morfología de la lesión permite diferenciar con suficiente seguridad sífilis de herpes genital.
b) Una úlcera indolora permite establecer el diagnóstico de sífilis sin pruebas adicionales.
c) Las pruebas virológicas para HSV solo están indicadas cuando la serología es positiva.
d) Además de anamnesis y exploración, deben hacerse pruebas para sífilis y herpes genital.

37.- Una persona adulta de 80 kg presenta una infección gonocócica faríngea no complicada confirmada microbiológicamente. No presenta alergias medicamentosas y se ha excluido infección concomitante por Chlamydia trachomatis. ¿Cuál es el tratamiento recomendado?

a) Azitromicina 1 g por vía oral en dosis única.
b) Cefixima 400 mg por vía oral en dosis única.
c) Ceftriaxona 500 mg por vía intramuscular en dosis única.
d) Ceftriaxona 1 g por vía intravenosa durante siete días.

38.- Una persona paciente de 48 años presenta tos de seis semanas, pérdida ponderal, sudoración nocturna e infiltrado cavitado en lóbulo superior derecho. Ante la sospecha de tuberculosis pulmonar, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) La baciloscopia es actualmente la prueba inicial de elección y hace innecesarias las técnicas moleculares si es positiva.
b) Debe esperarse al resultado del cultivo antes de realizar pruebas moleculares.
c) Debe realizarse una prueba molecular de amplificación de ácidos nucleicos en una muestra respiratoria como parte del diagnóstico microbiológico inicial.
d) Un IGRA positivo permite confirmar tuberculosis pulmonar activa.

39.- Una persona paciente presenta una imagen radiológica sugestiva de tuberculosis pulmonar. La baciloscopia es negativa y una prueba molecular (NAAT) en esputo resulta negativa. La sospecha clínica de tuberculosis continúa siendo alta. ¿Cuál es la interpretación más adecuada?

a) La tuberculosis pulmonar queda excluida.
b) Debe diagnosticarse una micobacteriosis no tuberculosa.
c) Solo debe continuar el estudio si el IGRA es positivo.

d) Una NAAT negativa no permite excluir tuberculosis pulmonar en una persona paciente baciloscopia-negativa con sospecha clínica moderada o alta.

40.- Una persona profesional sanitaria nacida en un país de alta incidencia de tuberculosis fue vacunada con BCG durante la infancia y precisa estudio de infección tuberculosa. Está asintomática y no existen datos que sugieran enfermedad tuberculosa activa. ¿Qué prueba resulta preferible?

a) Mantoux, porque la vacunación BCG no afecta a su especificidad.
b) Baciloscopia de esputo.
c) Una prueba de liberación de interferón gamma (IGRA).
d) Serología frente a M. tuberculosis.

41.- Una persona paciente tratada con infliximab presenta tos, fiebre, pérdida de peso y una lesión cavitada apical. Un IGRA realizado durante el estudio resulta negativo. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) Un IGRA negativo descarta prácticamente la tuberculosis activa.
b) Debe repetirse el IGRA y, si vuelve a ser negativo, excluir tuberculosis.
c) Un IGRA negativo no permite excluir tuberculosis activa.
d) La negatividad demuestra que la lesión no está causada por M. tuberculosis.

42.- Con respecto a las endocarditis infecciosas señale la FALSA:

a) La cirugía cardíaca es requerida en algo más de la mitad de las personas pacientes y mejora el pronóstico.
b) S. aureus es actualmente el microorganismo más frecuente causante de endocarditis infecciosa en el mundo industrializado.
c) La causa más frecuente de endocarditis con cultivo negativo en Europa y EEUU es Coxiella burnetii.
d) Los resultados de los hemocultivos siguen siendo la piedra angular del diagnóstico de la endocarditis infecciosa.

43.- ¿Cuál de las siguientes especies de microorganismos tiene mayor proporción de producir una endocarditis, respecto a no producirla tras una bacteriemia?

a) Streptococcus mutans.
b) Enterococcus fecalis.
c) Streptococcus anginosus.
d) Streptococcus sanguinis.

44.- Entre los criterios menores para el diagnóstico de la endocarditis infecciosa de la última guía del manejo de la endocarditis de la ESC (2023) NO se encuentra:

a) La presencia de condiciones predisponentes.
b) Anticuerpos antinucleares como fenómeno inmunológico.
c) Glomerulonefritis como fenómeno inmunológico.



d) Aneurismas micóticos como fenómeno vascular embólico.

45.- Sobre los síndromes de disentería aguda (diarrea con fiebre) señale la FALSA:

a) Los estudios genómicos de Shigella spp han indicado que Shigella y E. coli enteroinvasiva proceden de múltiples orígenes de E.coli y forman un único patovar.
b) Los norovirus no son agentes causales muy frecuentes durante el primer año de vida en países desarrollados.
c) Los rotavirus están entre las causas frecuentes durante el primer año de vida en países desarrollados.
d) Campylobacter spp tiene un genoma pequeño y puede causar infecciones intestinales y sistémicas.

46.- Entre las causas menos frecuentes de disentería se encuentran:

a) Brucelosis.
b) Infecciones por adenovirus.
c) Spirillum spp.
d) Todas las anteriores.

47.- En relación a las linfadenitis y linfangitis, señale la VERDADERA:

a) La linfadenitis supurativa se da más en personas ancianas:
b) La linfadenitis supurativa en inmunocompententes suele estar causada por estreptococos del grupo A y enterococos.
c) La linfadenitis granulomatosa es causada por micobacterias no tuberculosas en niños/as sanos/as.
d) Para el diagnóstico de las linfadenits los hemocultivos son esenciales.

48.- Con respecto a las infecciones asociadas a implantes ortopédicos señale la FALSA:

a) La vía exógena de infección desempeña un papel más importante que la hematógena.
b) La infección puede ocurrir desde un foco adyacente.
c) Cutibacterium acnes es el microorganismo más importante en la infección periprotésica del hombro.
d) En las fracturas, en el caso de infección del material de osteosíntesis, si no se retira el material rápidamente, incluso antes de la consolidación, no habrá curación.

49.- Con respecto a la patogenia y a la microbiología de las infecciones asociadas a implantes ortopédicos señale la VERDADERA:

a) La tasa de infecciones asociadas a implantes después de una bacteriemia por S. aureus está en torno a un tercio.
b) Las infecciones polimicrobianas son frecuentes.
c) No se han descrito infecciones por hongos
d) Los enterococos son los agentes etiológicos más frecuentes en mayores de 70 años.



50.- Entre las causas infecciosas de panuveitis se encuentran:

a) Sífilis.
b) Tuberculosis.
c) Candidiasis.
d) Todas las anteriores.

51.- Entre los factores predisponentes a desarrollar abscesos esplénicos, NO se encuentra:

a) Inmunosupresión.
b) Trombopenia.
c) Endocarditis.
d) Síndrome de Felty.

52.- ¿Cuál de los siguientes microorganismos es una causa frecuente de absceso esplénico en pacientes infectados por el VIH?

a) Salmonella spp.
b) S. aureus.
c) S. epidermidis.
d) E. corrodens.

53.- ¿Cuál de los siguientes virus NO se ha relacionado como agente de pancreatitis definida?

a) Virus de la parotiditis.
b) Virus del herpes simple tipo 2.
c) Virus de la hepatitis C.
d) Virus coxsackie B.

54.- ¿Cuál de los siguientes microorganismos ha emergido como causa importante de absceso hepático piógeno en los últimos años?

a) Klebsiella pneumoniae hipermucoviscoso.
b) Staphilococcus aureus piocin positivo
c) Enterococcus fecalis resistente a vancomicina.
d) Yersinia enterocolítica BLEE.

55.- Los microorganismos grampositivos que causan colangitis aguda más frecuentemente son:

a) Enterococcus spp.
b) Staphylococcus aureus.
c) Streptococcus gordonii.
d) Staphylococcus lugdunensis.



56.- Con respecto a la enterocolitis neutropénica, señale la FALSA:

a) También se denomina tiflitis.
b) Se caracteriza por dolor abdominal y fiebre durante periodos con neutropenia.
c) Se estima que ocurre en un 15% de las personas adultas con cáncer hospitalizadas con neutropenia.
d) Candida spp es un agente frecuente de infección en este escenario clínico.

57.- En relación a la peritonitis durante la diálisis peritoneal señale la FALSA:

a) Es la complicación más frecuente de la DPAC (Diálisis peritoneal ambulatoria continua).
b) Es el motivo fundamental de pérdida del catéter peritoneal.
c) La peritonitis recidiva en el 50% de las personas pacientes.
d) Es uno de los motivos principales de cambio a hemodiálisis.

58.- Entre las indicaciones de retirada del catéter en las peritonitis durante la DPAC (Diálisis peritoneal ambulatoria continua), NO se encuentra:

a) Infección persistente en el punto o en la vía de salida de la piel.
b) Peritonitis recidivante por el mismo microorganismo en 4 semanas.
c) Absceso peritoneal.
d) Alergia a los betalactámicos.

59.- En relación a la hepatitis B, señale la FALSA:

a) Casi el 5% de la población mundial tiene hepatitis B crónica.
b) La máxima prevalencia del VHB corresponde a Oceanía.
c) El VHB se transmite por vía percutánea, sexual o perinatal.
d) La transmisión perinatal es la principal causa mundial de Hepatitis B.

60.- Con respecto a la hepatitis B, indique la FALSA:

a) Para la replicación del VHB se requiere de un intermediario de ARN por lo que tiene una transcriptasa inversa.
b) Los fármacos anti-VHB reducen la progresión a cirrosis pero no el desarrollo de carcinoma hepatocelular.
c) El tratamiento es eficaz para reducir la recidiva de la infección por VHB en receptores de trasplante hepático.
d) La vacunación contra la hepatitis B está recomendada en lactantes y niños/as.

61.- Sobre la hepatitis delta, señale la FALSA:

a) El VHD es un virus DNA pequeño y defectivo.
b) El VHD se transmite principalmente por vía parenteral, aunque existen algunos casos de transmisión sexual.
c) La transmisión perinatal es infrecuente.

d) La sobreinfección por VHD en pacientes con hepatitis B crónica produce una infección crónica en más del 90% de los casos.

62.- Tras excluir tuberculosis activa, se decide tratar una infección tuberculosa latente en una persona adulta sin interacciones farmacológicas ni otras contraindicaciones. Respecto a la selección del régimen, ¿cuál es la afirmación CORRECTA?

a) La isoniazida durante 12 meses constituye siempre el régimen preferido.
b) Los regímenes cortos basados en rifamicinas de tres o cuatro meses se prefieren actualmente sobre los regímenes prolongados de monoterapia con isoniazida.
c) La rifampicina no debe emplearse en la infección tuberculosa latente.
d) La combinación isoniazida-rifampicina debe administrarse durante nueve meses.

63.- En los casos de endocarditis aguda con hemocultivos negativos, ¿en qué circunstancia la serología NO tiene utilidad en el diagnóstico?

a) Infecciones por Coxiella burnetii.
b) Infecciones por Tropheryma whipplei.
c) Infecciones por Bartonella spp.
d) Infecciones por Mycoplasma spp.

64.- Con respecto a las pruebas de imagen en el diagnóstico con evidencia clase I nivel B, señale la FALSA:

a) La TAC cardíaca es recomendada, en pacientes con endocarditis infecciosa posible en válvulas naturales, para detectar lesiones valvulares y confirmar el diagnóstico.
b) El PET/TC-(18)FDG está recomendado, en pacientes con endocarditis infecciosa posible en válvulas protésicas, para detectar lesiones valvulares y confirmar el diagnóstico.
c) La TAC cardíaca está recomendada, en pacientes con endocarditis infecciosa, para diagnosticar complicaciones paravalvulares.
d) La TAC cerebral y de cuerpo entero (whole-body imaging) está recomendado, en pacientes con endocarditis infecciosa, para detectar lesiones periféricas.

65.- Con respecto al tratamiento antibiótico las guías ESC 2023 recomiendan:

a) Si causada por Mycoplasma spp, levofloxacino 750 mg/12 h durante al menos 6 meses.
b) Si causada por Tropheryma whipplei, doxiciclina 200 mg/24 h más hidroxicloroquina 200-600 mg/24 h durante al menos 18 meses.
c) Si causada por Bartonella spp, doxiciclina 100 mg/12 h durante 8 semanas.
d) Si causada por Brucella spp no tratar.

66.- En relación a las endocarditis infecciosas, señale la FALSA:

a) El fallo cardíaco es la complicación más frecuente.
b) Shock séptico e infección persistente ocurren en el 25% de las personas pacientes.
c) Hoy en día, el tratamiento antibiótico por vía oral puede estar recomendado en ciertas situaciones.

d) Las complicaciones neurológicas pueden aparecer antes o después del establecimiento del diagnóstico de la endocarditis infecciosa.

67.- Según las guías de la European Bone and Joint Infection Society (EBJIS), indique cuál de los siguientes enunciados es FALSO sobre los DAIR (Debridement, Antimicrobial therapy and Implant Retention):

a) En general estaría indicado en pacientes con infección protésica aguda.
b) En general estaría indicado en prótesis infectadas, pero sólidamente fijadas.
c) Las personas pacientes con bacteriemia no presentan peor pronóstico a la hora de la realización de un DAIR.
d) Los DAIR se pueden realizar tanto en prótesis de rodilla como de cadera.

68.- Según las guías de la European Bone and Joint Infection Society (EBJIS), indique cuál de los siguientes enunciados es FALSO sobre el manejo de las artritis sépticas en articulaciones no protésicas:

a) Su diagnóstico está basado principalmente en el análisis del líquido articular extraído por punción-aspiración.
b) El lavado mediante artroscopia no está generalmente recomendado.
c) Un contaje celular de más de 50000 células microL es sugestivo de infección, pero como único dato no es suficiente para el diagnóstico.
d) La cirugía ha de realizarse antes de las 24-48 horas porque hay evidencias de que su retraso aumenta la necesidad de repetir el desbridamiento.

69.- ¿Cuál de los siguientes agentes etiológicos NO se encuentra entre los más frecuentes en la gingivitis ulcerativa necrosante aguda o angina de Vincent?

a) Prevotella intermedia.
b) Fusobacterim spp.
c) Treponema denticola.
d) Actimomyces spp.

70.- Con respecto a la hepatitis por el virus de la hepatitis C, señale la FALSA:

a) La enfermedad aguda es inusual.
b) La hepatitis fulminante debida a VHC es infrecuente.
c) La transmisión sexual es muy frecuente en todas las poblaciones.
d) La infección crónica se produce aproximadamente en el 75% de las personas pacientes tras la infección aguda.

71.- Con respecto a los virus causantes de hepatitis, señale la respuesta FALSA:

a) El VHC en un virus ARN monocatenario.
b) El genoma del VHD no codifica proteínas.
c) El VHB es un virus ADN parcialmente bicatenario.
d) El virus VHA es un virus ARN con envoltura compleja.

72.- ¿En qué tipo de uveítis son más frecuentes las causas infecciosas?

a) Uveítis anterior.
b) Uveítis intermedia.
c) Uveítis posterior.
d) Panuveits.

73.- ¿Qué agente etiológico causa el denominado síndrome oculoglandular de Parinaud?

a) Bartonella henselae.
b) Staphylococcus aureus.
c) Streptococcus mitis.
d) Treponema pallidum.

74.- Con respecto a las toxiinfecciones alimentarias, marque la respuesta FALSA:

a) Los agentes que causan toxiinfecciones alimentarias sólo se adquieren a través de los alimentos.
b) Algunas toxiinfecciones alimentarias pueden ocasionar secuelas a largo plazo.
c) La mayoría de las toxiinfecciones alimentarias no se producen en el contexto de un brote.
d) El tratamiento de la mayoría de ellas es el soporte hidroelectrolítico sin antibióticos.

75.- En relación a las encefalitis, señale la respuesta FALSA:

a) Hasta un 60% de los casos se producen por un agente etiológico no identificado.
b) La utilización empírica precoz de aciclovir está justificada en espera de resultados diagnósticos.
c) No se recomienda tratamiento antiviral empírico para la sospecha de encefalitis asociada a la gripe.
d) Actualmente no existe un tratamiento conocido para pacientes con encefalitis debida a arbovirus.

76.- En una persona paciente con cuadro clínico de encefalitis aguda, antecedente de viaje reciente por sudeste asiático y contacto con cerdos por motivos profesionales, en qué agente etiológico pensaría:

a) Virus de la encefalitis japonesa.
b) Virus de la rabia.
c) Virus Powassan.
d) Virus Rocío.

77.- ¿Cuál de las siguientes micobacterias no tuberculosas NO se han asociado a brotes de infección del lecho quirúrgico tras cirugía cardíaca?

a) M. fortuitum.
b) M. chelonae.
c) M. wolinskyi.

d) M. ulcerans.

78.- Sobre la endocarditis infecciosa sobre válvula protésica, señale la respuesta FALSA:

a) El tratamiento antibiótico debe ser de al menos 6 semanas.
b) El resultado del cultivo valvular debe interpretarse con precaución.
c) Las guías actuales recomiendan diferir la FDG-PET/TC hasta 6 meses tras la cirugía cardíaca.
d) S. aureus es la causa más frecuente de endocarditis valvular protésica.

79.- Con respecto a la endocarditis infecciosa sobre TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation) es FALSO que:

a) El riesgo es mayor en los tres primeros años tras el implante.
b) El tipo de válvula utilizada con esta técnica no impacta en el riesgo de presentar una endocarditis tras su colocación.
c) Al menos 2/3 de las personas pacientes presentan una complicación siendo los fallos renal y cardíaco las complicaciones más frecuentes.
d) La cirugía para retirar la TAVI, está contraindicada por los antecedentes de las personas pacientes.

80.- En la persona paciente esplenectomizada o con asplenia funcional, según las recomendaciones de la CAV (Comunidad Autónoma Vasca) de 2026, señale la FALSA:

a) En el caso de la esplenectomía programada se recomienda realizar la vacunación al menos 2 semanas antes de la cirugía, asegurando la actualización del calendario de la persona adulta, así como las vacunas específicamente indicadas.
b) La pauta vacunal recomendada en la CAV para las personas adultas con asplenia es vacuna antigripal anual (1 dosis), vacuna antineumocócica VCN 20 (1 dosis), vacunas antimeningococo, Men ACWY (2 dosis + 1 adicional a los 5 años) y Men B (2 dosis y luego cada 5 años), contra H. influenzae (Hib 1 dosis) y COVID -19.
c) La pauta vacunal recomendada en la CAV para las personas adultas con asplenia es vacuna antigripal anual (1 dosis), vacuna antineumocócica pauta secuencial primero VNC-13 y luego VPN-23, vacunas antimeningococo, Men ACWY (2 dosis + 1 adicional a los 5 años) y Men B (2 dosis y luego cada 5 años), contra H. influenzae (Hib 1 dosis) y COVID -19.
d) En caso de esplenectomía urgente se procederá a vacunar a partir de 2 semanas de la intervención, salvo si la persona ha recibido quimioterapia previa, en cuyo caso se espera 1 mes, o si está indicada quimioterapia o radioterapia tras la intervención, donde se pospone 3 meses.

81.- Una persona paciente hospitalizada presenta sospecha clínica y radiológica de tuberculosis pulmonar potencialmente contagiosa. ¿Qué medida de aislamiento está indicada inicialmente?

a) Precauciones de contacto.
b) Precauciones por gotas.



c) Precauciones estándar y de transmisión aérea en una habitación adecuada para aislamiento respiratorio.
d) No es necesario aislamiento hasta demostrar bacilos ácido-alcohol resistentes.

82.- Con respecto a la transmisión de los virus de las hepatitis. ¿En cuál de ellos es fecal-oral?.

a) VHE.
b) VHB.
c) VHC.
d) VHD.

83.- Con respecto a las hepatitis virales, señale la respuesta FALSA:

a) La infección por VHB en pacientes con hepatitis C crónica subyacente puede causar insuficiencia hepática fulminante.
b) La hepatitis fulminante es excepcional en pacientes con hepatitis C aislada.
c) Hay países, como la India, donde la hepatitis E es la principal causa de insuficiencia hepática aguda.
d) La hepatitis fulminante se define como una insuficiencia hepática grave que se desarrolla en un plazo de 10 días tras el inicio de los síntomas.

84.- Los agentes etiológicos más frecuentes en la endoftalmitis asociada a queratitis son:

a) Hongos.
b) P. acnes.
c) Estafilococos coagulasa negativos.
d) Estafilococos coagulasa positivos.

85.- Señale la respuesta VERDADERA respecto a V. cholerae como agente de cuadros gastrointestinales:

a) V. cholerae es un bacilo gramnegativo curvo e inmóvil.
b) V. cholerae es un patógeno intestinal no invasivo.
c) El cólera epidémico está causado por V. cholerae O103N.
d) V. cholerae no se multiplica en el intestino delgado.

86.- Dentro del diagnóstico diferencial de meningitis crónica de origen viral se incluye:

a) Virus Zika.
b) Echovirus.
c) Virus de la rubeola.
d) Citomegalovirus.

87.- Dentro del diagnóstico diferencial de meningitis aguda bacteriana se incluyen:

a) R. rickettsii.
b) R. typhy.
c) O. tsutsugamushi.
d) Todas las anteriores.

88.- Con respecto a la etiología de la meningitis aguda bacteriana, señale la respuesta FALSA:

a) L. monocytogenes sigue siendo un patógeno frecuente en neonatos en países desarrollados.
b) S. agalactie y E. coli representan la mayoría de los casos de las meningitis en la población de neonatos.
c) En niños/as, más allá del periodo neonatal, S. pneumoniae y N. meningitidis producen hasta el 90% de los casos.
d) En pacientes mayores de 16 años la mayoría de los casos están producidos por S. pneumoniae, N. meningitidis y L. monocytogenes.

89.- Con respecto a las infecciones asociadas a implantes ortopédicos es FALSO que:

a) Los microorganismos más frecuentemente aislados como agentes etiológicos son los estafilococos.
b) En las series publicadas más importantes, los enterococos representan un 20% de los casos.
c) C. acnes es responsable aproximadamente del 3% de las infecciones periprotésicas de rodilla y cadera.
d) En un 4-15% de los casos, no se detectan microorganismos en el estudio diagnóstico etiológico.

90.- La localización más frecuente de la piomiositis es:

a) Músculo cuádriceps.
b) Pared abdominal.
c) Cuello.
d) Pantorrilla.

91.- Sobre los ensayos clínicos, una de las siguientes afirmaciones es FALSA:

a) Controlan el sesgo a través de la aleatorización.
b) Pueden evaluar múltiples exposiciones dependiendo del número de brazos.
c) Son costosos.
d) La medida de asociación es la razón de prevalencia.



92.- Todos, menos uno de los siguientes microorganismos, pueden ocasionar brotes transmitidos por alimentos:

a) Norovirus.
b) Clostridioides difficile.
c) Listeria monocytogenes.
d) Salmonella enteritidis.

93.- Mujer de 82 años con una endocarditis mitral sobre válvula nativa no complicada por Streptococcus mitis con una CIM a la penicilina de 0.06 mcg/mL. ¿Cuál de los siguientes tratamientos sería el más apropiado?

a) Vancomicina 30 mg/kg/día durante 4 semanas.
b) Ceftriaxona 2 gr/día con gentamicina 3 mg/kg/día durante 2 semanas.
c) Ceftriaxona 2 gr/día durante 4 semanas.
d) Vancomicina 30 mg/kg/día con gentamicina 3 mg/kg/día durante 2 semanas.

94.- De las siguientes asociaciones entre cáncer y microorganismos que los causan o contribuyen a su aparición y desarrollo, una es FALSA:

a) Borrelia burgdorferi y sarcoma de Kaposi.
b) Helicobacter pylori y cáncer gástrico.
c) Virus del papiloma humano y cáncer de cervix.
d) Virus de Epstein-Barr y linfoma de Burkitt.

95.- ¿Cuál de las siguientes cefalosporinas tiene menos actividad frente a Streptococcus pneumoniae?

a) Cefotaxima.
b) Ceftriaxona.
c) Ceftazidima.
d) Cefepima.

96.- Uno de los siguientes virus NO es transmitido por mosquitos:

a) Virus de la fiebre amarilla.
b) Virus de la fiebre hemorrágica Crimea-Congo.
c) Virus del Dengue.
d) Virus Zika.

97.- Sobre la definición actual de sepsis, una de las siguientes respuestas es FALSA:

a) Disfunción de órgano potencialmente mortal y que tiene como causa una respuesta anómala del huésped a la infección.
b) Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica secundario a la infección.
c) La disfunción orgánica puede identificarse como un cambio agudo en la puntuación total SOFA ≥ 2.

d) Puede estar causada por virus, bacterias, hongos y protozoos.

98.- En la puntuación SOFA, están incluidos todos menos uno de los siguientes órganos:

a) Sistema nervioso central.
b) Piel y partes blandas.
c) Cardiovascular.
d) Hígado.

99.- ¿En cuál de los siguientes antimicrobianos la acción bactericida es principalmente dependiente de la concentración?

a) Penicilinas.
b) Aztreonam.
c) Carbapenemas.
d) Quinolonas.

100.- ¿En cuál de los siguientes antimicrobianos la acción bactericida es principalmente dependiente del tiempo por encima de la CMI?

a) Cefalosporinas.
b) Aminoglucósidos.
c) Metronidazol.
d) Daptomicina.

101.- Ceftolozano-tazobactam NO es activo frente a:

a) K. pneumoniae BLEE.
b) P. aeruginosa resistente a carbapenémicos.
c) E. coli BLEE.
d) K. pneumoniae resistente a carbapenémicos.

102.- Colistina es un viejo antibiótico con actividad frente a todas las siguientes bacterias EXCEPTO a una de ellas, ¿cuál es?

a) Acinetobacter baumannii.
b) Proteus mirabilis.
c) Pseudomonas aeruginosa.
d) Klebsiella pneumoniae.

103.- Sobre las equinocandinas, una de las siguientes afirmaciones es FALSA:

a) Son de elección en el tratamiento de la candidemia.
b) Las interacciones medicamentosas son mínimas.
c) La penetración en el LCR es excelente.
d) Las tasas de resistencia de Candida sp. son bajas en general.



104- Sobre las infecciones urinarias (ITU), una de las siguientes afirmaciones es FALSA:

a) En una mujer joven con clínica de cistitis aguda no es imprescindible el cultivo de orina.
b) La piuria tiene una especificidad elevada en el diagnóstico de la ITU.
c) La bacteriuria puede ser una contaminación.
d) E. coli es la etiología más común de las ITU.

105.- Una de las siguientes infecciones NO suele ser de transmisión sexual:

a) Vaginitis candidiásica.
b) Linfogranuloma venéreo.
c) Gonococia.
d) Sífilis.

106.- Las siguientes son causa común de uretritis, EXCEPTO una que NO lo es, señálela:

a) Neisseria gonorrhoeae.
b) Chlamydia trachomatis.
c) Mycoplasma pneumoniae.
d) Trichomonas vaginalis.

107.- Sobre el tratamiento de la sífilis, indique cuál es FALSA:

a) Penicilina G es el tratamiento de elección para todas las fases de la infección.
b) En la sífilis primaria penicilina G procaína en dosis única es el tratamiento de elección.
c) En la sífilis primaria en personas alérgicas a penicilina doxiciclina es el tratamiento de elección.
d) En la sífilis primaria en las embarazadas alérgicas a penicilina se recomienda realizar la desensibilización a la penicilina.

108.- En la infección por el virus de la fiebre hemorrágica Crimea-Congo, una de las siguientes es FALSA:

a) Es una zoonosis endémica en España.
b) No se ha descrito transmisión entre humanos.
c) Tiene una mortalidad elevada.
d) La eficacia del tratamiento con ribavirina no ha sido demostrada.

109.- En la infección por el virus del Nilo Occidental, una de las siguientes es FALSA:

a) Es una zoonosis transmitida por el mosquito Culex spp.
b) Es una zoonosis que causa principalmente fiebre sin focalidad y con mucha menor frecuencia meningoencefalitis.
c) Es una zoonosis endémica en España.
d) Los caballos son el reservorio principal.



110.- Señale la FALSA en el manejo de la meningitis aguda:

a) En caso de alteración del nivel de conciencia o focalidad neurológica, debe realizarse TC craneal antes de realizar la punción lumbar.
b) Una vez iniciado el tratamiento con corticoides, éste debe continuarse en todos los casos durante 4 días, independientemente de la causa de la meningitis.
c) En caso de realizar TC craneal antes de realizar la punción lumbar, debe administrarse una dosis de antibióticos antes de realizar la prueba de imagen.
d) La dosis habitualmente recomendada de cefotaxima en meningitis en personas adultas es de 12 gramos al día.

111.- Señale la FALSA respecto al tratamiento empírico de una meningitis tras craneotomía en pacientes alérgicos a penicilina:

a) Puede usar aztreonam.
b) Puede usar ciprofloxacino, pero la frecuencia de resistencias en bacilos gramnegativos puede ser elevada.
c) En caso de descartar razonablemente alergia a penicilina en base a la historia clínica, puede administrar ceftazidima.
d) A pesar de su baja concentración plasmática, existe evidencia contrastada de que tigeciclina es una buena opción en estos casos.

112.- Señale la INCORRECTA en el manejo de la meningitis por Cryptococcus neoformans:

a) En la fase de inducción el tratamiento de elección es la combinación de flucitosina con anfotericina B liposomal.
b) El tratamiento combinado de la fase de inducción debe mantenerse al menos 14 días.
c) En las personas pacientes con hipertensión intracraneal están indicados los corticoides.
d) La fase de consolidación del tratamiento puede realizarse con fluconazol oral.

113.- Respecto a las infecciones en personas pacientes trasplantadas de órgano sólido, señale la respuesta FALSA:

a) La toxoplasmosis es más frecuente en personas con transplante cardíaco que en otros tipos de trasplantes de órgano sólido.
b) La profilaxis con cotrimoxazol habitualmente previene la neumonía por Pneumocystis jiroveci.
c) Citomegalovirus es una de las complicaciones más frecuentes, por reactivación o transmisión del donante.
d) La infección fúngica invasiva (IFI) por Aspergillus sp. es muy frecuente y con alta mortalidad en el TOS.

114.- Respecto a la infección de las prótesis vasculares no valvulares, señale la afirmación FALSA:

a) La incisión de la ingle en el acto quirúrgico de colocación supone un factor de riesgo añadido de infección.
b) La manifestación como fístula aortoentérica de una infección de prótesis vascular aórtica, es típico que ocurra en los 3 primeros meses tras la colocación.
c) Observar líquido periprotésico en el TAC en los 3 primeros meses de la colocación no es sinónimo, necesariamente, de infección.
d) Para erradicar la infección es esencial retirar la prótesis.

115.- ¿Cuál de los siguientes antirretrovirales NO requiere de ajuste de dosis cuando se usa junto a la rifampicina?

a) Dolutegravir..
b) Raltegravir.
c) Elvitegravir/cobicistat/tenofovir/emtricitabina.
d) Maraviroc.

116.- Respecto a la retirada de profilaxis secundaria de toxoplasmosis cerebral en la persona paciente infectada por VIH, señale la respuesta CORRECTA:

a) Está indicado en paciente en TAR > 6 meses, con CV indetectable y CD4> 200/ul > 3 meses.
b) Está indicado en pacientes en TAR >12 meses, con CV indetectable y CD4>100/ul >12 meses.
c) Sin profilaxis el riesgo de recidiva es elevado, por lo que no se recomienda hasta que los CD4+sean > 350/ul, independientemente de la carga viral.
d) Está indicado en paciente en TAR > 6 meses, con CV indetectable y CD4> 200/ul > 6 meses.

117.- En relación a la infección de tracto urinario en las personas pacientes trasplantadas, señala la respuesta FALSA:

a) La profilaxis con cotrimoxazol en personas trasplantadas renales en los 3-6 primeros meses ha demostrado reducir las tasas de ITU y de bacteriemia.
b) En la candiduria asintomática de la persona paciente trasplantada, además de retirar la sonda urinaria, si la tiene, está indicado el tratamiento antifúngico durante 7-14 días.
c) A las personas donantes vivas se les debe realizar urocultivo y, en caso de bacteriuria asintomática deben ser tratadas antes de la extracción del riñón.
d) En el tratamiento de la pielonefritis en la persona paciente trasplantada de órgano sólido, no se recomiendan pautas de 7 días.



118.- ¿En cuál de las siguientes situaciones no se contempla, en las guías de práctica clínica de la IDSA, el manejo en un tiempo para el tratamiento de una infección protésica articular?

a) Infecciones por SCN.
b) Prótesis de rodilla.
c) Buena reserva ósea.
d) Infección por Propionibacterium acnes.

119.- Indique la respuesta FALSA con respecto a la isoniazida:

a) La toxicidad más notable es la hepatitis.
b) Es bactericida frente a las formas no replicantes de M. tuberculosis.
c) Actúa inhibiendo la síntesis del ácido micólico.
d) El porcentaje de resistencias, si se emplea en monoterapia contra M. tuberculosis, supera el 70% a los tres meses.

120.- Con respecto a los bacteriófagos indique la CORRECTA:

a) Son agentes inespecíficos, siendo un mismo fago útil para tratar infecciones por diferentes bacterias.
b) Su espectro de actividad no incluye especies de micobacterias.
c) Pueden autoreplicarse en el lugar de la infección y actuar sobre biofilms.
d) No se pueden utilizar combinaciones de fagos para el tratamiento de las infecciones.

121.- En relación con el tratamiento de la malaria, indique la respuesta FALSA:

a) Fármacos de la familia de la artemisina son las de primera elección en el tratamiento del P. falciparum.
b) La doxicilina o atovacuona-proguanil son opciones para la profilaxis contra P. falciparum resistente a cloroquina.
c) No se han comunicado aislados de P. falciparum resistentes a los derivados de la artemisina.
d) Los derivados de la artemisina se pueden administrar por vía oral, intravenosa, intramuscular o intrarectal.

122.- En relación con el SARS-CoV-2, señale la respuesta FALSA:

a) Está incluido en la familia de los beta-coronavirus.
b) El virus se une al receptor ACE-2.
c) Las proteínas no estructurales (NSPs) son importantes para la replicación viral.
d) SARS-CoV-2 es un virus que infecta sólo a humanos.

123.- ¿Cuál de los siguientes virus NO pertenece a la familia de los flavivirus?

a) Dengue.
b) Fiebre amarilla.



c) West Nile.
d) Chikungunya.

124.- ¿Cuál de los siguientes factores NO se ha relacionado con el resurgir de las enfermedades emergentes?

a) Desarrollo económico y uso de la tierra.
b) Adaptación y cambio microbiano.
c) Pobreza y desigualdades sociales.
d) Todos los anteriores se han relacionado.

125.- ¿Cuál de los siguientes NO es un objetivo de los programas de optimización de uso de antimicrobianos?

a) Minimizar los efectos adversos asociados a la utilización de antimicrobianos.
b) Mejorar los resultados clínicos de las personas pacientes con infecciones.
c) Garantizar la utilización de tratamientos coste-eficaces.
d) Todos ellos son objetivos de los programas PROA.

126.- Respecto a las infecciones intraabdominales que se detallan, señale la respuesta FALSA:

a) La ceftazidima consigue excelentes niveles en tejido pancreático inflamado.
b) El tratamiento antibiótico preventivo (preemptive therapy) ha demostrado, en ensayos clínicos recientes, su eficacia en prevención de la infección en pancreatitis aguda grave, por lo que se recomienda en estos casos.
c) Ampicilina alcanza niveles bajos en tejido pancreático infectado.
d) La nutrición enteral temprana disminuye el riesgo de infección pancreática.

127.- Señale la afirmación FALSA en relación al tratamiento de la aspergilosis invasiva:

a) En pacientes hematológicos con aspergilosis invasiva, la determinación de galactomanano en sangre tiene papel en el diagnóstico, pero no en la monitorización del tratamiento.
b) El tratamiento de una aspergilosis invasiva debe durar un mínimo de 6-12 semanas.
c) El gammainterferon recombinante es útil en la profilaxis en pacientes con enfermedad granulomatosa crónica.
d) La aspergilosis invasiva no es una contraindicación absoluta al trasplante de médula ósea.

128.- En relación a la neutropenia febril de las personas pacientes oncológicas susceptibles de alta sin ingreso hospitalario, señale la FALSA:

a) Si no tiene criterios de ingreso y no ha recibido quinolonas como profilaxis, el tratamiento indicado es una combinación oral de quinolona + amoxicilina/clavulánico.
b) Las personas pacientes con neutropenia febril que se conocen como colonizados por microorganismos multirresistentes deben ser ingresadas.
c) Antes de ser enviado/a a su domicilio, ha de ser observado/a unas horas.



d) Si persiste la fiebre tras el alta, es seguro esperar hasta el 5º día antes de ingresarle.

129.- ¿Cuál es el manejo recomendado para una persona paciente portadora de marcapasos con fiebre y una verruga en el cable sin endocarditis valvular?

a) Retirada del marcapasos, tratamiento antibiótico durante 2-4 semanas y colocación de nuevo marcapasos a las 72 horas (o más) del primer hemocultivo negativo.
b) Tratamiento antibiótico durante 6-8 semanas con retirada de marcapasos sólo si no responde a este tratamiento.
c) Retirada del marcapasos con recambio en un tiempo y 12 semanas de antibioterapia posterior.
d) Retirada de marcapasos, tratamiento antibiótico durante 4-6 semanas y colocación de nuevo marcapasos tras comprobar hemocultivos negativos tras fin de tratamiento.

130.- Dentro de los objetivos genéricos PROA, NO se encuentra:

a) Mejorar los objetivos clínicos.
b) Reducir los efectos adversos relacionados con la utilización de los antibióticos.
c) Garantizar una terapia coste-efectiva gica.
d) Disminuir progresivamente el uso de los antibióticos en los hospitales.

131.- Con respecto al diagnóstico de la sífilis, indique la FALSA:

a) El denominado efecto prozona consiste en un test falso negativo, en las pruebas no treponémicas, por un exceso de anticuerpos en la muestra.
b) Las pruebas treponémicas detectan IgM transitorios e IgG de larga duración específicos para T. pallidum.
c) La cuantificación de las pruebas treponémicas nos permite monitorizar la respuesta al tratamiento.
d) Las pruebas no treponémicas detectan anticuerpos contra antígenos lipídicos presentes tanto en T. pallidum como en otros tejidos del huésped.

132.- Respecto a la bacteriemia por Staphylococcus aureus, señale la aseveración INCORRECTA:

a) En pacientes hospitalizados en España la mortalidad de la bacteriemia por S. aureus fue superior al 30%.
b) En la actualidad podemos conseguir una identificación de S. aureus a partir de hemocultivos positivos en menos de una hora en el 95% de los casos con un 100% de especificidad.
c) La técnica conocida como MALDI-TOF (matrix-assisted laser desorption ionization time-of-flight spectometry) permite una rápida identificación entre S. aureus Methicillin-Sensible y S. aureus Methicillin-Resistente.
d) Se ha demostrado que una notificación microbiológica precoz se asocia significativamente a una terapia antimicrobiana adecuada respecto a los métodos tradicionales de comunicación.



133.- Entre los criterios menores de Duke para el diagnóstico de la endocarditis, indique cuál de los siguientes NO se considera un fenómeno inmunológico:

a) Lesiones de Janeway.
b) Glomerulonefritis.
c) Nódulos de Osler.
d) Manchas de Roth.

134.- En relación a la endocarditis por Staphylococcus aureus, señale la respuesta INCORRECTA:

a) En los últimos años, como microrganismo único, S. aureus es la causa etiológica más frecuente de endocarditis infecciosa.
b) Estudios realizados por International Collaboration on Endocarditis (ICE) demuestran que una proporción no despreciable de casos son por S. aureus-Methicillin-resistente, y están asociados con diabetes, tratamiento inmunosupresor crónico, cáncer, adquirido en un entorno relacionados con cuidados de la salud, dispositivos intravasculares y procedimientos invasivos recientes.
c) A pesar de las innovaciones terapéuticas y la indicación de cirugía cardíaca, la mortalidad de la endocarditis infecciosa por S. aureus-Methicillin-Sensible y por S. aureus Methicillin-Resistente sigue siendo elevada con tasas de 20% y 40% respectivamente.
d) La indicación de cirugía cardíaca se realiza en el 25-35% de los casos, siendo significativamente superior en los casos de endocarditis infecciosa por S. aureus-Methicillin- resistente.

135.- En relación al síndrome de neumonía crónica, indique la respuesta INCORRECTA:

a) Las neumonías agudas causadas por la mayoría de virus, y de organismos causales de neumonía atípica no suelen progresar a una infección pulmonar crónica.
b) Entre los microorganismos que pueden producir una neumonía aguda, las bacterias anaerobias, estreptococos microaerófilos, Staphylococuus aureus, Hemophilus influenzae, Klebsiella pneumoniae, Burkholderia pseudomallei y Pseudomonas aeruginosa son las que más posibilidades de producir neumonía crónica persistente.
c) La aspergilosis necrosante crónica (semiinvasiva) y la aspergilosis pulmonar invasiva puede aparecer en varones con enfermedad pulmonar obstructiva crónica subyacente.
d) En una persona paciente con leucemia mieloide aguda que ha recibido tratamiento de mieloablación como parte del ciclo de inducción, y que, tras un período de neutropenia, comienza con fiebre, tos, esputo hemoptoico y en la radiografía de tórax se observan numerosas lesiones nodulares bilaterales, algunas cavitadas, el diagnóstica más probable será una tuberculosis pulmonar en un paciente inmunodeprimido.

136.- Respecto a la vacuna de la gripe, señale la respuesta INCORRECTA:

a) La mayoría de las vacunas antigripales se han desarrollado en embriones de pollo y pueden contener residuos de proteínas del huevo (ovoalbúmina).
b) En los últimos años los organismos que elaboran las guías de actuación recomiendan la vacunación anual con la vacuna antigripal inactivada a los pacientes con alergia al huevo, con algunas precauciones.



c) En las personas pacientes que presentan urticaria tras la ingesta de alimentos que contienen ovoalbúmina, se recomienda la realización de una prueba cutánea previa a la vacunación.

d) Las personas pacientes que tras una vacunación antigripal han presentado un cuadro anafiláctico, tienen contraindicación absoluta a una nueva dosis de vacuna antigripal.

137.- Respecto al virus del papiloma humano (VPH) señale la aseveración INCORRECTA:

a) Los genotipos 6 y 11 son responsables de aproximadamente el 90% de las verrugas genitales.

b) Los genotipos 16 y 18 causan aproximadamente el 66% de los casos de cáncer cervical, el 50% de las lesiones intraepiteliales cervicales de alto grado y el 25 de las de bajo grado en Estados Unidos.

c) La cobertura vacunal de VPH en España, en el año 2016, se encontraba por encima del 90%.

d) El preservativo ofrece una protección completa frente a la adquisición de VPH.

138.- Respecto a la prevención de casos secundarios de enfermedad invasiva por S. pyogenes, señale la afirmación FALSA:

a) A los contactos estrechos de caso índice, se les debe informar de los síntomas y signos potenciales para que estén atentos en los 30 días siguientes.

b) Aun con un caso único, está indicada la quimioprofilaxis en guarderías.

c) Cuando esté indicada, la quimioprofilaxis debe administrarse en las primeras 24 horas, aunque puede iniciarse hasta 7 días después el contacto.

d) Cuando esté indicada, puede utilizarse cefuroxima o penicilina V + rifampicina durante 10 días.

139.- En la persona paciente esplenectomizada, señale la respuesta FALSA:

a) En el caso de la esplenectomía programada, se recomienda realizar la vacunación al menos dos semanas antes de la cirugía, asegurando la actualización del calendario vacunal de la persona adulta, así como las vacunas específicamente indicadas.

b) La pauta vacunal recomendada actualmente en la Comunidad Autónoma Vasca para las personas adultas con asplenia es: Streptococcus pneumoniae: (vacunación antineumócócica secuencial: vacuna neumócocica conjugada-13v (VNC-13) y vacuna neumocócica polisácarida-23v (VNP-23), Hemophilus influenzae (dos dosis), meningococo: vacuna meningocócica conjugada C (dos dosis) y vacuna meningocócica B (dos dosis), y vacuna antigripal anual.

c) La pauta vacunal recomendada actualmente en la Comunidad Autónoma Vasca para las personas adultas con asplenia es: vacuna neumócocica VNC-20 (cuando esté disponible), Hemophilus influenzae b (una dosis), meningococo: vacuna meningocócica conjugada ACWY (dos dosis con intervalo mínimo de 2 meses y dosis adicional a los 5 años) y vacuna meningocócica B (dos dosis, dosis de recuerdo al año y después cada 5 años), y vacuna antigripal anual.

d) En caso de esplenectomía urgente se procederá a vacunar a partir de dos semanas después de la intervención, salvo si la persona ha recibido quimioterapia previa, en cuyo caso se

espera un mes. En caso de indicación de quimioterapia o radioterapia tras la intervención, se pospone la vacunación tres meses.

140.- Respecto al género Vibrio spp, indique la respuesta INCORRECTA:

a) El consumo de marisco crudo o poco cocido (incluidas ostras) es el medio más habitual de su adquisición. No se ha documentado la transmisión entre personas.
b) Vibrio cholerae produce una diarrea inflamatoria intensa a diferencia de la diarrea originada por Vibrio parahemolyticus.
c) El 90% de los fallecimientos causados por el consumo de marisco en Estados Unidos se debe a Vibrio vulnificus.
d) El principal determinante de la virulencia de Vibrio vulnificus es su cápsula polisacárida, que hace que sea resistente a la fagocitosis y estimula directamente la liberación de citoquinas inflamatorias como TNF alfa.

141.- Respecto a la sífilis, identifique la respuesta INCORRECTA:

a) El período medio de incubación es de tres semanas, pero puede oscilar entre 10 y 90 días, según el tamaño del inóculo.
b) La coinfección del VIH y la sífilis conlleva un riesgo mucho mayor de complicaciones, especialmente neurológicas, durante la sífilis activa.
c) La fase secundaria o diseminada se hace evidente a las 4-10 semanas después de la aparición del chancro y se asocia con la mayor carga treponémica en la circulación sanguínea y en los tejidos.
d) El SNC es invadido durante los episodios de espiroquetemia en la sífilis precoz, por ello pueden producirse manifestaciones neurológicas en cualquier fase de la enfermedad.

142.- Respecto a la neumonía asociada a cuidados sanitarios (NACS), señale la respuesta INCORRECTA:

a) La NACS se ha mostrado como una entidad diversa, en función de la población estudiada. Algunas series de pacientes con NACS y cultivos positivos, documentan la presencia de S. aureus-Methicillin-resistente, Pseudomonas, Acinetobacter y patógenos gramnegativos entéricos en un 40-58%. Sin embargo, en otras series, el aislamiento de estos gérmenes es muy inferior (3- 12%).
b) Según los CDC, la incidencia de NAV (neumonía asociada a ventilación mecánica), ha disminuido significativamente en EEUU entre el 2000 y el 2010.
c) Comparado con la NAV, los datos de incidencia de neumonía nosocomial fuera de la UVI son escasos.
d) El diagnóstico de certeza de la NAV es difícil, dado que parecidos signos clínicos y radiológicos se observan en otras muchas entidades también frecuentes en la persona paciente intubado. La NAV se confirma en la autopsia en un tercio de las personas pacientes con sospecha clínica de la misma.



143.- Respecto a la NAV, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Los virus, especialmente en períodos epidémicos y en pacientes inmunodeprimidos pueden ser responsables de hasta el 33% de los casos de neumonía grave.
b) Los métodos invasivos deberían reservarse a los casos con aspirados endotraqueales con cultivos negativos o positivos, pero que presentan un deterioro a pesar de una cobertura antibiótica empírica.
c) En uno de los mayores estudios de NAV (con más de 8000 casos) realizado por los CDC (CDC) la etiología más frecuente de la NAV fue Acinetobacter baumannii.
d) No hay diferencia entre la utilización de vancomicina o linezolid como tratamiento específico de NAV por S. aureus-Methicillin-resistente en la mortalidad a 60 días.

144.- Respecto al linfogranuloma venéreo, señale la afirmación FALSA:

a) El tratamiento de elección es doxiciclina durante 3 semanas.
b) La lesión primaria consiste en una pequeña pápula o úlcera muy dolorosa.
c) El estadio secundario se caracteriza por linfadenopatía, que es unilateral en 2/3 de las personas pacientes.
d) En algunos/as pacientes, se ha aislado el microorganismo en sangre y LCR.

145.- Respecto a la endocarditis por Enterococcus spp, señale la respuesta CORRECTA:

a) La penicilina es dos veces más activa que la ampicilina frente a las cepas de Enterococcus spp.
b) Las cepas de E. faecium presentan una menor resistencia antibacteriana que E. faecalis.
c) La resistencia de alto nivel a estreptomicina ocurre con mayor frecuencia que a gentamicina.
d) En Europa no se ha descrito resistencia a vancomicina en E. faecium.

146.- ¿Cuál de los siguientes microorganismos se ha relacionado con mayor frecuencia con el desarrollo de infección endovascular tras bacteriemia sin endocarditis en pacientes ancianos/as?

a) S. aureus.
b) Salmonella no typhi.
c) Estreptococos del grupo viridans.
d) Bacilus cereus.

147.- En relación al sarampión, señale la respuesta INCORRECTA:

a) El período de incubación es aproximadamente de 10 días (rango 7-18 días).
b) Se trata de una enfermedad reemergente en varios países europeos.
c) En la inmunización infantil, con la primera dosis se alcanzan tasas de protección de 95-98%.
d) Por cada persona enferma, se estima que se contagian 2-3 personas.



148.- En la prevención materno-fetal de la hepatitis B, señale la respuesta CORRECTA:

a) La población recién nacida de madres portadoras de HbsAg, debe recibir dos dosis de vacuna en las primeras horas y al mes del nacimiento.
b) Deben recibir gammaglobulina específica y una dosis de vacuna en las primeras 12 horas de vida.
c) Lo más efectivo es que la madre reciba tratamiento con antivirales.
d) Tras las medidas preventivas adecuadas, no está indicada la determinación de antiHBs en el niño/a.

149.- ¿En cuál de los siguientes cánceres no relacionados con sida, recomienda GeSIDA cribado con un grado de fuerza A ("debe ofrecerse siempre")?

a) Cáncer anal en hombres que tienen sexo con hombres.
b) Cáncer de pulmón en fumadores de más de 2 paquetes/día.
c) Hepatocarcinoma en cirróticos.
d) Todas las anteriores.

150.- ¿Cuál de los siguientes microorganismos causantes de endocarditis infecciosa NO se diagnostica habitualmente por aislamiento en los hemocultivos?

a) S. aureus.
b) E. faecalis.
c) S. gallolyticus.
d) C. burnetii.

151.- Las infecciones de injertos vasculares son producidas principalmente por cocos grampositivos. Pero dentro de los gramnegativos, ¿cuál es el germen causal más frecuente?

a) E. coli.
b) P. aeruginosa.
c) P. mirabilis.
d) S. marcescens.

152.- En la endocarditis infecciosa, ¿cuál de las siguientes NO supone indicación de tratamiento quirúrgico?

a) Persistencia de hemocultivos positivos a los 5 días de iniciado el tratamiento antibiótico.
b) Endocarditis por S. aureus con absceso perivalvular.
c) Insuficiencia cardíaca de nueva aparición.
d) Embolismos esplénicos a los 5 días de iniciado el tratamiento antibiótico.



153.- En cuanto al aneurisma micótico de aorta, señale la respuesta CORRECTA:

a) Son causa frecuente S. aureus y S. epidermidis, así como gramnegativos como Salmonella.
b) El tratamiento antibiótico sin intervención quirúrgica conlleva una tasa de mortalidad de entre el 5-10%.
c) La prueba de imagen de elección es la ecografía.
d) Se recomienda prolongar tratamiento antibiótico durante 4 semanas.

154.- La infección de dispositivos implantables como desfibriladores o marcapasos es una complicación que requiere un manejo específico. De entre las siguientes, señale la aseveración CORRECTA:

a) La etiología más habitual es S. aureus hasta en un 55%, seguido de S. coagulasa negativos en un 20%.
b) Entre los factores de riesgo se encuentra la diabetes mellitus y la corticoterapia.
c) El mecanismo más frecuente es la infección hematógena tardía.
d) Ninguna es correcta.

155.- Señale cuál de los siguientes antibióticos atraviesa mejor la barrera hematoencefálica:

a) Daptomicina.
b) Colistina.
c) Gentamicina.
d) Linezolid.

156.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones con respecto a la tuberculosis del SNC es FALSA?

a) La presentación más común es la meningitis tuberculosa, seguida por la lesión única (tuberculoma) y en tercer lugar la radiculomielitis tuberculosa.
b) El líquido cefalorraquídeo suele mostrar pleocitosis de predominio mononuclear, hiperproteinorraquia y consumo de glucosa.
c) La hidrocefalia es una complicación muy poco frecuente de este proceso.
d) El tratamiento específico de la meningitis se acompaña de uso de corticoide.

157.- ¿Cuál de los siguientes agentes potenciales productores de meningitis vírica afecta con mayor frecuencia a varones, con ratio hombre/mujer 3:1?

a) Citomegalovirus (CMV).
b) Virus de la parotiditis.
c) Virus de Epstein-Barr.
d) Virus Herpes Simplex 2 (VHS-2).



158.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO se corresponde con las recomendaciones de las guías de diagnóstico y tratamiento del absceso cerebral de la Sociedad Europea de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica?

a) En pacientes sin enfermedad severa se recomienda retrasar el inicio de tratamiento antibiótico hasta aspiración del absceso por Neurocirugía siempre que ésta se pueda realizar en un tiempo corto, preferiblemente en las siguientes 24 h al diagnóstico radiológico.
b) Tanto si el absceso ha sido tratado de modo conservador como si se ha procedido a aspiración del mismo, se recomienda tratamiento antibiótico endovenoso durante 4 semanas.
c) La prueba de imagen recomendada para el diagnóstico en sospecha de absceso cerebral es la resonancia magnética. De no estar disponible, se recomienda TC con contraste.
d) Se recomienda la utilización de dexametasona para el manejo de los síntomas severos derivados del edema perilesional.

159.- Sólo una de las siguientes afirmaciones es CORRECTA. Señálela:

a) La candidiasis esofágica es la causa más frecuente de esofagitis infecciosa, por delante de la causada por el herpes virus o por el citomegalovirus. El factor de riesgo más importante es la alteración de la inmunidad humoral.
b) La especie causal más frecuente es C. glabrata, y en segundo lugar C. albicans.
c) Los síntomas más frecuentes de este proceso son la odinofagia y la fiebre.
d) El tratamiento está siempre indicado en pacientes sintomáticos y en asintomáticos inmunodeprimidos, se cuestiona sin embargo la indicación en pacientes asintomáticos inmunocompetentes.

160.- En relación a la colitis por citomegalovirus (CMV), señale la respuesta CORRECTA:

a) Las lesiones en colon se producen siempre por reactivación de infección latente por CMV, no en la primoinfección.
b) La colitis por CMV es muy infrecuente entre pacientes inmunocompetentes.
c) Las lesiones por CMV respetan cavidad oral, esófago y estómago, manifestándose fundamentalmente en colon e íleon terminal.
d) El tratamiento de elección es ganciclovir endovenoso durante 2- 3 semanas. Si el cuadro es leve tras la primera semana puede secuenciarse a foscarnet oral durante otras 2 semanas.

161.- Con respecto al tratamiento de la infección por Clostridioides difficile:

a) El tratamiento de elección de un primer episodio es fidaxomicina 200 mg cada 12 horas durante 10 días.
b) En caso de no disponerse de fidaxomicina, la alternativa para este primer episodio sería vancomicina oral 125 mg cada 6 horas durante 10 días.
c) En caso de no disponerse de fidaxomicina ni de vancomicina, la tercera opción sería metronidazol 500 mg cada 8 horas durante 10-14 días.
d) Todas son correctas.

162.- Dentro de la terapia cuádruple durante 14 días para el tratamiento de la infección por Helicobacter pylori, señale cuál es la dosificación INCORRECTA:

a) Omeprazol 20 mg/12 h.
b) Amoxicilina 1 gr/8 h.
c) Claritromicina 500 mg/12 h.
d) Metronidazol 500 mg/12 h.

163.- De los siguientes virus causantes de hepatitis aguda, tres son virus RNA y uno de ellos es virus DNA. Señálelo:

a) VHA.
b) VHB.
c) VHC.
d) VHD.

164.- ¿Cuál de los siguientes virus produce con MENOR frecuencia fallo hepático agudo?

a) VHE.
b) VHB.
c) CMV.
d) VHA.

165.- ¿En cuál de las siguientes situaciones la hepatitis por VHB tiene bajo riesgo de progresión a enfermedad hepática por lo que no es imprescindible el tratamiento antiviral y puede optarse por monitorización?

a) Cirrosis compensada y carga viral detectable.
b) Cirrosis descompensada y carga viral detectable.
c) Elastomería superior a 8 kPa (fibrosis avanzada igual o mayor a F3) junto con elevación persistente de ALT (GPT).
d) Pacientes con ADN-VHB persistentemente entre 2.000-20.000 UI/mL y ALT (GPT) normal.

166.- Según la clasificación por ultrasonografía de la OMS, ¿qué tipo de quiste hidatídico hepático es característicamente multivesicular y habitualmente fértil?

a) CE2.
b) CE5.
c) CE3.
d) CE1.

167.- De los siguientes microorganismos, indique cuál será con menos probabilidad causante de peritonitis bacteriana:

a) S. epidermidis.
b) E. coli.



c) Estreptococo grupo viridans.
d) Klebsiella pneumoniae.

168.- ¿Cuál de las siguientes manifestaciones NO es esperable en un shock anafiláctico por rotura de un quiste hidatídico en la cavidad abdominal?

a) Acidosis.
b) Hemodilución.
c) Exantema cutáneo.
d) Urticaria.

169.- En relación a los abscesos hepáticos, señale a respuesta INCORRECTA:

a) El drenaje percutáneo se realiza con ayuda de ecografía o TAC.
b) El tratamiento antibiótico habitualmente se prolonga entre 2 y 6 semanas.
c) Se puede intentar tratamiento únicamente antibiótico sin drenaje en todo aquel absceso menor de 8 cm.
d) El metronidazol es activo frente a gramnegativos y Entamoeba histolytica.

170.- En cuanto a la tuberculosis peritoneal, indique la respuesta CORRECTA:

a) El líquido ascítico habitualmente es un trasudado, con cociente LDH suero/LDH líquido ascítico >1, salvo en cirróticos en que suele ser un exudado.
b) El recuento leucocitario es mayor de 500, con predominio polinuclear.
c) BK en el líquido ascítico tiene sensibilidad alta, de hasta el 90% de los casos.
d) Los niveles de ADA ayudan al diagnóstico por su alta sensibilidad y especificidad.

171.- ¿Cuál de los siguientes NO se considera un factor de riesgo para la fascitis necrotizante?

a) Obesidad.
b) Edad media de la vida.
c) Alcoholismo.
d) Uso de glucocorticoides.

172.- De los siguientes microorganismos, indique cuál es responsable con mayor frecuencia de tinea pedis:

a) Trichophyton rubrum.
b) Candida glabrata.
c) Aspergillus fumigatus.
d) Epidermophyton floccosum.



173.- ¿Cuál de las siguientes entidades supone MENOR predisposición para sufrir ectima gangrenoso por Pseudomonas aeruginosa?

a) Leucemia mielocítica aguda.
b) Sida.
c) Diabetes mellitus.
d) EPOC.

174.- En cuanto a la celulitis, señale la respuesta INCORRECTA:

a) El uso de corticoides sistémicos está contraindicado en pacientes con celulitis.
b) En celulitis de repetición con más de 3-4 episodios al año, puede plantearse tratamiento profiláctico con penicilina benzatina cada 2-4 semanas.
c) La insuficiencia venosa crónica, la obesidad y el eczema son factores predisponentes para celulitis de repetición.
d) La duración recomendada de tratamiento son 5 días, debiendo prolongarse si en ese periodo el proceso no está resuelto.

175.- Indique cuál de los siguientes microorganismos es menos probable como agente causal de conjuntivitis bacteriana aguda:

a) Streptococcus pneumoniae.
b) Haemophilus influenzae.
c) Coxiella burnetii.
d) Moraxella catarrhalis.

176.- Señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:

a) La reactivación del virus herpes simplex puede producir queratitis herpética con infiltrado dendrítico en el epitelio corneal.
b) La pérdida de sensibilidad causada por el herpes zoster oftálmico puede favorecer la aparición de úlceras corneales.
c) El tratamiento del herpes zoster oftálmico consiste en aciclovir, valaciclovir o famciclovir oral.
d) La vacuna recombinante contra el herpes zoster ha demostrado escasa actividad para la prevención de la afectación oftálmica por el virus.

177.- En el tratamiento de una endoftalmitis, ¿cuál de los siguientes antibióticos sistémicos alcanza peores concentraciones en vítreo?

a) Piperacilina tazobactam.
b) Meropenem.
c) Moxifloxacino.
d) Linezolid.



178.- En relación a la retinitis por CMV, indique la respuesta CORRECTA:

a) La profilaxis secundaria con valganciclovir debe mantenerse hasta comprobar cifras de CD4> 100/µl al menos 3-6 meses tras inicio de TAR y lesiones inactivas en la exploración de fondo de ojo.
b) Si por su localización existe riesgo de ceguera está indicado el tratamiento con ganciclovir o foscarnet intravítreo.
c) El tratamiento de elección para la retinitis periférica es valganciclovir 900 mg/12 h durante 14-21 días.
d) Todas son correctas.

179.- Señale la aseveración INCORRECTA en relación a Cutibacterium acnes:

a) Es una bacteria gram positiva intracelular comensal de la piel.
b) Para su aislamiento en el laboratorio es necesario un cultivo aerobio prolongado.
c) Causante entre otros de infección subaguda de material protésico, frecuentemente de hombro.
d) Produce un biofilm que dificulta el tratamiento.

180.- ¿Cuál de los siguientes microorganismos es menos probable como causante de osteomielitis crónica en personas adultas no inmunodeprimidas?

a) Pseudomonas aeruginosa.
b) Candida albicans.
c) Serratia marcescens.
d) Staphylococcus aureus.

181.- Señale la prueba más útil en la clínica para el diagnóstico de una encefalitis por virus del Nilo Occidental:

a) PCR en líquido cefalorraquídeo.
b) PCR en orina y exudado nasofaríngeo.
c) Detección de anticuerpos específicos IgM en el líquido cefalorraquídeo.
d) Cultivo en medio celular del líquido cefalorraquídeo.

182.- Señale la FALSA respecto a las infecciones virales del sistema nervioso central:

a) La encefalitis por vasculitis de pequeños vasos por virus varicela-zoster ocurre casi exclusivamente en personas inmunocompetentes y tras la presencia de lesiones cutáneas.
b) Enterovirus 71 es causa de rombencefalitis.
c) El virus del Nilo Occidental puede causar una parálisis flácida tipo poliomielitis.
d) Se ha descrito la transmisión del virus de la poliomielitis desde personas vacunadas con la vacuna oral inactivada Sabin.



183.- En pacientes que van a iniciar tratamiento con rituximab y que tienen HBsAg negativo y anti-HBc positivo, señale la CORRECTA:

a) Dado que están inmunizados para VHB, no requieren tratamiento ni seguimiento de ADN de VHB o transaminasas.
b) Requieren siempre tratamiento con lamivudina y entecavir dado el alto riesgo de hepatitis fulminante por reactivación.
c) Si tienen niveles de ADN de VHB en suero indetectables, se aconseja medir niveles de ADN en suero y transaminasas cada 3 meses e indicar tratamiento si se inicia replicación viral.
d) No deben tratarse con rituximab.

184.- Señale la FALSA referente a las hepatitis crónicas:

a) Ante una persona paciente con hepatopatía crónica, la negatividad de HBeAg descarta que la causa de la misma sea el VHB.
b) Se ha descrito hepatitis crónica por virus E genotipos 3 y 4.
c) En las personas pacientes infectadas por VHB se recomienda realizar al menos en una ocasión anticuerpos anti-VHD.
d) Las personas pacientes candidatas a profilaxis pre-exposición al VIH (PrEP) que presentan infección crónica por VHB con indicación de tratamiento no deben recibir monoterapia con tenofovir disoproxil fumarato.

185.- Uno de estos microorganismos ha causado brotes de gastroenteritis aguda por transmisión sexual, señálelo:

a) Neisseria gonorrhoeae.
b) Haemophilus drucreyi.
c) Shigella sonnei.
d) Klebsiella granulomatis.

186.- Una persona paciente procedente de Ecuador presenta un forúnculo con una zona central necrosada "en picadura de araña", en el antebrazo derecho. Refiere un caso similar reciente en un familiar. En el gram del aspirado se aprecian cocos grampositivos en racimos. Se realizó un drenaje de la pequeña colección de pus y se decidió tratamiento oral ambulatorio. Indique el tratamiento empírico que le parece más adecuado:

a) Claritromicina.
b) Trimetoprim-sulfametoxazol.
c) Levofloxacino.
d) Cloxacilina.

187.- Señale la CORRECTA para el tratamiento de las fascitis necrosantes por Streptococcus del grupo A:

a) El tratamiento de elección es penicilina G asociada a un aminoglucósido.
b) No se ha descrito la resistencia a clindamicina.

c) Linezolid puede ser una alternativa a clindamicina.
d) El desbridamiento quirúrgico urgente debe demorarse hasta disponer de una prueba de imagen que proporcione información precisa sobre la extensión de la infección.

188.- ¿Cuál de estas circunstancias NO se considera un factor de riesgo de infección por Legionella pneumophila?

a) Celiaquía.
b) Diabetes mellitus.
c) Neoplasias malignas.
d) Estancia en un crucero.

189.- De los siguientes, señale el que NO es un criterio aceptado para el tratamiento con desbridamiento, conservación de la prótesis y tratamiento antimicrobiano, en pacientes con infección de prótesis articular:

a) Microrganismo sensible a beta-lactámicos orales con buena biodisponibilidad.
b) Infección precoz o hematógena.
c) Implante estable y con buen estado de las partes blandas periarticulares.
d) Duración de síntomas menor a 3 semanas.

190.- Una de estas asociaciones es FALSA, señálela:

a) Infección postquirúrgica de hombro – Cutibacterium acnes.
b) Poliatritis con lesiones cutáneas y conducta de riesgo sexual – Neisseria gonorrhoeae.
c) Artritis tras mordedura humana – Pasteurella multocida.
d) Contacto con peces – Mycobacterium marinum.

191.- Paciente infectado/a por el VIH sin tratamiento antirretroviral que acude a urgencias con un infiltrado pulmonar intersticial bilateral a insuficiencia respiratoria aguda, ¿cuál de los siguientes resultados de laboratorio es más sugestivo de una neumonía por Pneumocystis jiroveci?

a) LDH elevada.
b) Linfopenia.
c) Proteína C reactiva (PCR) elevada.
d) Anemia.

192.- En relación con la infección por virus de la gripe y el SARS-CoV-2, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA?

a) El virus de la gripe es un orthomyxovirus RNA bicatenario positivo y el SARS-Cov-2 un betacoronavirus RNA monocatenario negativo.
b) La variante ómicron del SARS-CoV-2 presenta más de 30 mutaciones en la proteína S que aumenta su transmisibilidad.
c) El periodo medio de incubación de la gripe es de 7,2 días y el del COVID 2,5 días.
d) Baloxavir es un inhibidor de la neuroaminidasa indicado en casos de gripe no complicada.



193.- En relación con las pruebas diagnósticas a realizar en una persona paciente con neumonía, es FALSO que:

a) El análisis de muestras de esputo con tinción de Gram y cultivo de las muestras de esputo siguen siendo pruebas diagnósticas valiosas.
b) Deberían obtenerse hemocultivos en todas las personas pacientes inmunodeprimidos, con neumonía intrahospitalaria o asociada a asistencia sanitaria, o en las personas pacientes hospitalizadas con una neumonía de adquisición comunitaria grave.
c) El análisis de líquido pleural debe efectuarse en todos los derrames con características de imagen atípicas de sobrecarga de líquido.
d) La sensibilidad de la tinción de Gram del esputo para detectar Haemophilus. influenzae suele ser mayor que en el caso de Streptococcus pneumoniae.

194.- Hombre de 72 años, diabético controlado con metformina. Acude al Servicio de Urgencias por presentar un cuadro de dos días de evolución de tos, expectoración purulenta y fiebre de 38,5 °C. En la exploración física el paciente está consciente y orientado en tiempo y espacio, y presenta una presión arterial de 85/40 mmHg, una frecuencia cardíaca de 110 lpm y una frecuencia respiratoria de 30 rpm. La auscultación pulmonar pone de manifiesto la presencia de estertores crepitantes gruesos y un soplo tubárico en el campo anterosuperior derecho. ¿En qué circunstancias iniciaría tratamiento empírico con cefepima en este paciente?

a) Si fuese alcohólico.
b) Si tuviera diagnóstico previo de bronquiectasias.
c) En caso de epidemia de gripe.
d) Si tuviese un absceso pulmonar.

195.- Mujer en 10ª semana de gestación con fiebre de 3 días de evolución, rinorrea, odinofagia, tos y un test de antígeno positivo para gripe B, ¿qué tratamiento debe recibir?

a) Tratamiento sintomático.
b) Ribavirina.
c) Inmunización pasiva (vacunación de la gripe).
d) Oseltamivir.

196.- Con relación a la infección por virus herpes simple, señale la respuesta CORRECTA:

a) La gingivoestomatitis y la faringitis son las manifestaciones clínicas más frecuentes del primer episodio de la infección por VHS-1.
b) La meningitis viral es más frecuente que sea consecuencia de la infección por el VHS-1.
c) La reactivación subclínica del virus en las superficies mucosas es infrecuente.
d) El tratamiento de elección del panadizo herpético es el tratamiento antiviral junto con la limpieza quirúrgica.



197.- Con relación al tratamiento de la infección por el virus herpes simple, es FALSO que:

a) Es la primera causa de encefalitis aguda esporádica.
b) En caso de encefalitis está indicado el uso de aciclovir a dosis de 10 mg/kg/24 horas por vía intravenosa.
c) La insuficiencia renal transitoria es el principal efecto secundario del aciclovir intravenoso.
d) La mayoría de las cepas de VHS resistentes al aciclovir presentan una deficiencia de timidina cinasa.

198.- Señale la respuesta FALSA:

a) El herpes zóster puede alcanzar los párpados cuando la primera o la segunda rama del quinto par craneal están afectadas.
b) El tratamiento antiviral oral del herpes zóster en el huésped normal no acelera la curación cutánea ni reduce la neuritis aguda.
c) La aparición tardía de angeítis cerebral es una complicación neurológica que se ha de tener en cuenta tras el herpes zóster oftálmico.
d) El síndrome de Ramsey Hunt, ocurre por afectación del ganglio geniculado y puede causar parálisis facial ipsilateral.

199.- Señale la respuesta CORRECTA respecto al parvovirus B19:

a) Ocasiona crisis aplásicas transitorias.
b) Es un virus RNA.
c) En las personas pacientes inmunodeprimidos la anemia persistente secundaria a la aplasia eritroide pura se suele asociar a exantema o artropatía.
d) La artritis suele ser asimétrica con afectación predominante de las grandes articulaciones.

200.- ¿Cuál de las siguientes entidades NO está asociada por el virus de Epstein-Barr?

a) Linfoma de Burkitt.
b) Enfermedad de Castleman multicéntrica.
c) Leucoplasia oral vellosa del VIH.
d) Carcinoma nasofaríngeo.

201.- En pacientes con enfermedad crónica granulomatosa, es FALSO que:

a) Suelen presentar infecciones por Pneumocytis jirovecii.
b) Está indicado realizar profilaxis antibiótica con cotrimoxazol.
c) Está indicado realizar profilaxis con itraconazol.
d) Tienen un riesgo aumentado de infecciones bacterianas.

202.- **Una de las siguientes manifestaciones NO es propia de la infección por citomegalovirus en pacientes con inmunodepresión celular grave, señálela:**

a) Síndrome vírico (sin focalidad).
b) Colitis.
c) Encefalitis.
d) Síndrome mononucleósico.

203.- **Señale la relación INCORRECTA:**

a) Ibrutinib – infección por Pneumocystis jirovecii.
b) Ruxolitinib - reactivación de infección latente tuberculosa.
c) Déficit de factores de complemento C3 - infecciones por Aspergillus spp.
d) Neutropenia - infecciones por Pseudomonas aeruginosa.

204.- **En una persona paciente con asplenia, es CIERTO que:**

a) El riesgo de sepsis postesplenectomía no depende de la edad de la persona paciente.
b) El hemocultivo tiene una escasa rentabilidad diagnóstica en caso de sepsis.
c) Estos/as pacientes tienen más riesgo de infecciones graves por bacterias capsuladas y no tienen mayor riesgo de infecciones parasitarias graves.
d) Se recomienda la autoadministración inmediata de amoxicilina-clavulánico en caso de fiebre y escalofríos y evaluación médica urgente.

205.- **En las personas usuarias de drogas por vía parenteral, es FALSO que:**

a) Staphylococcus aureus es la etiología más común de las infecciones de piel y partes blandas.
b) Enterococcus faecalis es la etiología más común de la endocarditis derecha.
c) Candida albicans es etiología común de la endoftalmitis.
d) Pseudomonas aeruginosa es una etiología de la neumonía comunitaria.

206.- **¿En qué situación NO estaría indicado el uso de inmunoglobulina antivaricela zóster?**

a) Niño/a de 7 años con trasplante sin antecedentes de varicela, ni de vacunación frente a varicela, que ha compartido la habitación del hospital durante 2 horas con una persona paciente con varicela.
b) Mujer embarazada de 37 semanas seronegativa frente a virus varicela zóster que ha tenido una exposición de riesgo frente a este virus.
c) Paciente neonato cuya madre comienza con varicela 24 después del parto.
d) Embarazada vacunada frente a varicela con serología positiva frente a virus varicela zóster con exposición de riesgo frente a este virus.



207.- Indique cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:

a) En las personas con inmunodeficiencias humorales que reciben inmunoglobulinas de forma periódica, la vacunación se debe realizar en los días siguientes a recibir la dosis programada.
b) En paciente en hemodiálisis se recomienda la vacuna del virus de la hepatitis A.
c) En una persona paciente con antecedentes de meningitis meningocócica está indicada la vacunación con vacunas frente a meningococo de serogrupos B y ACWY, independientemente del estado previo de vacunación.
d) En la persona receptora de trasplante de órgano sólido la vacuna de la gripe está indicada a partir del primer mes del trasplante.

208.- En una persona paciente inmunocompetente con sinusitis aguda, indique qué tratamiento indicaría:

a) Cotrimoxazol.
b) Azitromicina.
c) Amoxicilina.
d) Amoxicilina-ácido clavulánico.

209.- El intervalo recomendado para la administración de vacunas atenuadas en una persona paciente que recibe tratamiento inmunosupresor es de:

a) Dos días antes del tratamiento inmunosupresor.
b) Cuatro semanas antes del tratamiento con corticoides a dosis inmunosupresoras.
c) Seis meses tras finalizar el tratamiento inmunosupresor.
d) No deben recibir este tipo de vacunas pacientes que van a someterse a tratamiento inmunosupresor.

210.- ¿En cuál de las siguientes personas pacientes con trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos NO debería administrarse la vacuna de la varicela?:

a) Paciente con tiempo desde el trasplante superior a 24 meses.
b) Paciente con linfocitos T CD4+ > 200/mm3.
c) Paciente con profilaxis con aciclovir.
d) Paciente sin tratamiento inmunosupresor.

211.- Señale la afirmación INCORRECTA sobre las infecciones urinarias relacionadas con sonda vesical:

a) En personas pacientes sondadas, el riesgo de bacteriuria es de un 3-5 % por cada día con sonda.
b) De entre las personas pacientes sondadas con bacteriuria se estima que el 10-25 % desarrollan síntomas de infección.
c) El microorganismo que con más frecuencia causa infección asociada con el sondaje vesical es E. coli.



d) Una orina piúrica en presencia de bacteriuria es diagnóstica de infección del tracto urinario, aunque la persona paciente no presente síntomas.

212.- Respecto al tratamiento de las infecciones relacionadas con sonda vesical, señale la opción INCORRECTA:

a) La selección de la antibioterapia empírica depende, entre otros, de la gravedad, de la epidemiología local, de los aislamientos microbiológicos previos y del uso reciente de antibióticos.
b) La duración estándar del tratamiento antibiótico para las infecciones asociadas a sonda vesical es de 14 días.
c) Es importante replantear la necesidad de la sonda y retirarla si ésta no es necesaria.
d) En aquellas personas pacientes que precisen continuar con sonda vesical, el recambio de la misma es una parte importante del tratamiento.

213.- Respecto a la epidemiología de las infecciones relacionadas con catéteres intravasculares, señale la afirmación INCORRECTA:

a) El riesgo de infección varía según el tipo de catéter (p.ej. tunelizados vs no tunelizados).
b) El mecanismo de infección predominante (intraluminal vs extraluminal) depende en parte del tipo de catéter (tunelizado vs no tunelizado).
c) En su conjunto, los microorganismos más frecuentemente implicados en las infecciones de catéteres intravasculares son los bacilos gramnegativos.
d) El grado de resistencia a los antimicrobianos en este tipo de infecciones es variable y está vinculado a la epidemiología local.

214.- Una persona paciente con síndrome de intestino corto y que está recibiendo nutrición parenteral en domicilio a través de un catéter tipo Hickman tiene un pico de fiebre asociado a tiritona, sin otra focalidad. Tiene buen estado general, no presenta datos de sepsis y no existen signos locales de infección a nivel del catéter. ¿Qué haría usted en este momento para tratar de saber si el catéter es el causante de la infección?

a) PET-TC.
b) Retirar el catéter y enviar a cultivar.
c) TC de tórax para descartar émbolos sépticos pulmonares.
d) Hemocultivos diferenciales obtenidos a través del catéter (de todas las luces) y a través de vena periférica.

215.- ¿Cuál de las siguientes circunstancias NO supone una contraindicación (absoluta/relativa) para el sellado antibiótico de un catéter intravascular infectado?

a) Bacteriemia por S. epidermidis.
b) La persona paciente es portadora de una válvula aórtica protésica.
c) Existen signos inflamatorios locales en el trayecto del catéter (tunelitis).
d) Se demuestra persistencia de bacteriemia, por ejemplo, más allá de 96 horas tras el inicio de la antibioterapia.



216.- ¿Cuál de las siguientes representa menos la problemática que afecta a las infecciones relacionadas con cuidados de la salud?

a) ITU febril en varón de 52 años con enfermedad de Crohn que estuvo ingresado hace un mes por un brote durante el que recibió tratamiento antibiótico sistémico y precisó sondaje vesical.
b) Primer episodio de cistitis en mujer de 88 años, sin deterioro cognitivo, autónoma para las actividades básicas de la vida diaria que vive en centro residencial.
c) Bacteriemia por S. aureus en paciente en programa de hemodiálisis.
d) Paciente de 82 años con demencia y úlcera por presión en talón derecho que requiere curas complejas de forma prolongada en su centro de salud, y que ahora presenta signos clínicos de infección.

217.- Una mujer de 82 años consulta por diarrea (2 deposiciones/día) desde hace una semana. No tiene fiebre ni dolor abdominal. Su médico/a solicita examen de heces. El coprocultivo es negativo. El antígeno GDH de C. difficile es positivo. La detección rápida de toxina mediante EIA es negativa. La PCR del gen de la toxina A-B es negativa. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la más CORRECTA?

a) Se puede descartar enfermedad por C. difficile de forma razobable.
b) Es conveniente repetir el estudio de heces.
c) Iniciaría tratamiento con metronidazol por ser un caso leve de enfermedad por C. difficile.
d) Iniciaría tratamiento con fidaxomicina por ser una paciente vulnerable.

218.- ¿Cuál de las siguientes recomendaciones NO plantearía en el manejo de una persona paciente con un primer episodio moderado-grave de enfermedad por C. difficile, que precisa ingreso hospitalario?

a) Minimizar el uso de antibióticos sistémicos en la medida de lo posible.
b) Revisar si existen indicaciones para recibir tratamiento con inhibidores de la bomba de protones y si no existen, los suspendería.
c) Utilizar metronidazol como tratamiento de elección de este episodio.
d) Realizar una radiografía simple de abdomen.

219.- Con respecto a las enfermedades definitorias de sida, ¿Cuál de las siguientes NO es definitoria de sida?

a) Tuberculosis pulmonar.
b) Carcinoma de cérvix.
c) Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
d) Leishmaniasis visceral.

220.- Respecto a la profilaxis antibiótica prequirúrgica, escoja la opción INCORRECTA:

a) El antibiótico indicado en la mayoría de las situaciones en las que es preciso realizar profilaxis antibiótica prequirúrgica es ceftriaxona.
b) Hay que iniciarla como máximo 60 minutos antes de la incisión quirúrgica y, si es posible, en los 30 minutos previos.



c) La pauta estándar consiste en una única dosis previa a la cirugía.
d) Si la cirugía se prolonga más allá de una vida media del fármaco empleado o hay una pérdida importante de sangre durante la intervención, hay que repetir dosis.

221.- ¿En cuál de las siguientes especies de Plasmodium es necesario tratar la fase hepática (hipnozoitos) para prevenir recurrencias tardías?

a) P. malariae.
b) P. falciparum.
c) P. vivax.
d) P. knowlesi.

222.- ¿Cuál de las siguientes situaciones NO se considera indicativa de malaria grave?

a) Parasitemia superior al 5 % en individuos no inmunes y del 10 % en cualquier individuo incluyendo personas nativas de zonas endémicas.
b) Bajo nivel de conciencia (Glasgow Coma Scale <11) o convulsiones (>1 en 24h).
c) Edema agudo de pulmón.
d) Trombopenia (Plaquetas < 50.000/mm3).

223.- ¿Cuál de los siguientes tratamientos antirretrovirales permitiría un tratamiento inmediato en un solo comprimido al día sin interacciones farmacocinéticas, determinación de un genotipado basal de resistencias o la determinación del HLAB5701 y cubriría una potencial coinfección por el VHB?

a) Elvitegravir/cobicistat con tenofovir alafenamida y emtricitabina.
b) Bictegravir con tenofovir alafenamida y emtricitabina.
c) Dolutegravir con abacavir y lamivudina.
d) Dolutegravir con tenofovir alafenamida y emtricitabina.

224.- Escoja la opción INCORRECTA sobre la diarrea de persona viajera:

a) Es la complicación más frecuentemente observada entre personas viajeras a países de recursos limitados (Tasa de ataque 10-70%).
b) La mayoría de las personas pacientes se benefician de tratamiento antibiótico.
c) Las principales causas infecciosas identificadas son bacterianas, fundamentalmente E. coli enterotoxigénico y Campylobacter spp.
d) La búsqueda de un diagnóstico etiológico con estudios microbiológico se suele reservar para casos graves, persistentes o cuando se sospeche una etiología de la que derive un tratamiento etiológico.



225.- ¿Cuál de las siguientes NO es un consejo adecuado para una persona que vaya a viajar a Congo como cooperante durante un mes?

a) Debe evitar picaduras de insectos para lo que es conveniente usar repelentes, usar ropa de manga larga y utilizar red mosquitera para dormir.
b) Debe llevar antibiótico (p. ej. amoxicilina/clavulánico) y utilizarlo empíricamente en caso de fiebre de 38,5 ºC o más.
c) Debe evitar entrar en contacto con animales salvajes o sus fluidos.
d) Debe actualizar su situación vacunal, entre otras las de fiebre amarilla, fiebre tifodiea, hepatitis A y B.

226.- Todos los siguientes son objetivos de los programas de optimización de uso de antibióticos (PROA). Seleccione el más prioritario:

a) Minimizar la aparición y expansión de la resistencia de las bacterias y los hongos a los antimicrobianos.
b) Garantizar el uso eficiente de los antibióticos.
c) Conseguir que las personas pacientes con infecciones graves que requieran tratamiento antibiótico logren los mejores resultados en salud posibles.
d) Contribuir a mejorar la calidad asistencial y la seguridad de las personas pacientes.

227.- ¿Cuál de los siguientes profesionales NO tiene cabida en un equipo PROA?

a) El personal cirujano.
b) El/a jefe/a de tecnología / sistemas de información.
c) El personal especialista en alergología.
d) Todos/as los/as profesionales anteriores pueden tener cabida en un equipo PROA.

228.- Respecto a las intervenciones PROA, escoja la opción MENOS CORRECTA:

a) Deben ser diseñadas teniendo en cuenta cuál es el problema de uso de antibióticos y los factores que lo perpetúan.
b) Las intervenciones restrictivas, las que limitan la autonomía del personal prescriptor, son las más eficaces a corto y a largo plazo.
c) Antes de implementar una intervención es necesario tener en cuenta su aceptabilidad por parte del personal prescriptor.
d) Antes de poner en marcha una intervención PROA es necesario considerar los recursos que exige para decidir si es asumible.



229.- Un ensayo clínico comparó la eficacia de única dosis frente a varias dosis de antibiótico como profilaxis de infección tras cirugía de cáncer de mama en más de 700 mujeres. En las pacientes que recibieron una dosis hubo que retirar 13 prótesis por infección (3,8 %) mientras que en las pacientes que recibieron varias dosis hubo que retirar 17 (4,7 %). La odds ratio para la retirada del implante (variable principal) fue de 1,29 (IC95 % 0,69-2,65; p=0,53). ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es más CORRECTA?

a) La pauta larga de profilaxis antibiótica fue más eficaz que la pauta corta.
b) La pauta corta de profilaxis antibiótica fue más eficaz que la pauta larga.
c) No se observan diferencias estadísticamente significativas entre la eficacia de una pauta única de profilaxis y la de una pauta más larga.
d) Este estudio no permite alcanzar ninguna conclusión.

230.- ¿Qué diseño propondría para conocer, con la mejor evidencia posible, la eficacia de un determinado antibiótico en comparación con la del antibiótico estándar en una patología infecciosa frecuente?

a) Ensayo clínico aleatorizado.
b) Estudio de cohortes.
c) Estudio de casos y controles.
d) Serie temporal interrumpida.

231.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la tuberculosis miliar, es FALSA?

a) La prueba de Mantoux suele ser negativa.
b) Los tubérculos coroideos son frecuentes.
c) La radiografía de tórax con frecuencia es normal.
d) Es poco contagiosa.

232.- Un varón de 65 años presenta un cuadro de fiebre, tos y pérdida de peso, de 2 meses de evolución. En la radiografía de tórax se observa un infiltrado cavitado en segmento apical de lóbulo inferior izquierdo. Mantoux de 3 mm. Se observan bacilos ácido- alcohol resistentes en esputo. ¿Cuál de las siguientes opciones es CORRECTA?

a) Probable tuberculosis pulmonar, iniciar tratamiento con isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol.
b) Probable infección por Nocardia, iniciar tratamiento con cotrimoxazol.
c) Probable neumonía por Rhodococcus equi, iniciar tratamiento con eritromicina y rifampicina.
d) Se debe repetir Mantoux a los 7 días; en caso de permanecer menor de 5 mm, probablemente se trata de una infección por Mycobacterium kansasii.

233.- Señale la respuesta CORRECTA:

a) Se llama complejo de Ghon a la afectación vertebral por M. tuberculosis.
b) El etambutol puede producir neuritis óptica.



c) La afectación extrapulmonar más frecuente de M. tuberculosis es la tuberculosis miliar.
d) En la lepra lepromatosa la prueba de lepromina suele ser positiva.

234.- Una persona paciente con infección VIH en el momento del diagnóstico tenía 40 células CD4/mL y una carga viral de 2 millones de copias/mL. Inició tratamiento antirretroviral de alta efectividad. Tres semanas más tarde desarrolló un cuadro de fiebre, malestar general y adenopatías cervicales bilaterales. El Mantoux fue negativo, la radiografía de tórax mostraba múltiples adenopatías mediastínicas y en los análisis más recientes presentaba 77 células CD4/mL y una carga viral de VIH de 1000 copias/mL. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Tuberculosis ganglionar con síndrome de reconstitución inmune.
b) Linfoma de alto grado.
c) Toxoplasmosis diseminada.
d) Criptococosis sistémica.

235.- Respecto a las micobacterias no tuberculosas, ¿cuál es la respuesta FALSA?

a) El reservorio es el medio ambiente (agua) y los animales.
b) La transmisión entre personas es frecuente.
c) Pueden colonizar la piel y las mucosas abiertas al exterior.
d) Su aislamiento no siempre es igual a enfermedad.

236.- Paciente mujer de 40 años portadora de un dispositivo intrauterino (DIU) que acude por fiebre, dolor abdominal y cambios en el flujo vaginal. La TAC abdomino-pélvico se observa un absceso pélvico. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la CORRECTA?

a) Lo más probable es una infección por Nocardia sp.
b) Lo más probable es una infección por Actinomyces sp.
c) Lo más probable es una infección por Trichomonas vaginalis.
d) Lo más probable es una infección es una tuberculosis peritoneal.

237.- Respecto a las infecciones por Nocardia y Actinomyces, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Ambas bacterias son bacilos grampositivos con formaciones filamentosas ramificadas.
b) La forma pulmonar y sistémica de la nocardiosis aparece de forma característica en pacientes con inmunodepresión celular.
c) Actinomyces es un microorganismo aerobio y ácido alcohol resistente.
d) Las infecciones por Actinomyces ocurren por alteraciones de las barreras de la mucosa donde el microorganismo es saprófito.

238.- En relación con la actinomicosis, ¿cuál es la respuesta CORRECTA?

a) La afectación cérvico-facial es una de las más frecuentes.
b) Con frecuencia ocasiona nódulos en cuero cabelludo.

c) Es una etiología común de la endocarditis bacteriana.
d) Las manifestaciones neurológicas son características.

239.- Respecto a las manifestaciones clínicas de la nocardiosis, señale la respuesta INCORRECTA:

a) La neumonía por Nocardia sp. se caracteriza por nódulos pulmonares múltiples con frecuencia cavitados.
b) La afectación del SNC es común y la meningitis la forma de presentación característica.
c) La endoftalmitis por Nocardia puede presentarse después de intervenciones quirúrgicas oculares.
d) La infección que sigue a la inoculación transcutánea suele adoptar una de las tres modalidades siguientes: celulitis, síndrome linfocutáneo o actinomicetoma.

240.- Sobre el tratamiento oral de la nocardiosis, ¿cuál es la respuesta INCORRECTA?

a) Cotrimoxazol es el tratamiento de elección.
b) Linezolid es un tratamiento alternativo.
c) Clindamicina es un tratamiento alternativo.
d) Minociclina es un tratamiento alternativo.

241 .- Respecto a las pautas de inicio de tratamiento antirretroviral recomendadas por GESIDA en sus guías de 2025, señale la INCORRECTA:

a) Doravirina asociada a emtricitabina coformulada con tenofovir disoproxilo o con tenofovir alafenamida se considera una alternativa a las pautas preferentes en el TAR de inicio.
b) Las combinaciones de ITIAN recomendadas para regímenes de inicio son emtricitabina/tenofovir alafenamida y abacavir/lamivudina.
c) En pacientes con carga viral <100.000 cop/mL, la combinación rilpivirina/emtricitabina/tenofovir alafenamida se considera una alternativa a las pautas preferentes en el TAR de inicio.
d) Actualmente no se considera preferente para TAR de inicio ninguna pauta basada en un inhibidor de la proteasa potenciado. Cuando se considere conveniente, se recomienda utilizar DRV/c/FTC/TAF.

242.- ¿En cuál de las siguientes situaciones NO recomendaría PrEP según las guías GESIDA 2023?

a) Persona transgénero con uso de drogas relacionado con el mantenimiento de relaciones sexuales sin preservativo en el último año y antecedente de infección por gonococo hace un mes.
b) Mujer en situación de prostitución que refiere hacer uso estricto del preservativo.
c) Mujer cis que refiere un uso no habitual del preservativo, habiendo tenido 12 parejas sexuales en el último año, practicando sexo vaginal y anal indistintamente.
d) Varón HSH que no utiliza preservativo en sus relaciones y ha requerido profilaxis post-exposición en tres ocasiones en el último año.



243.- Respecto a la prescripción de PrEP:

a) La Agencia Europea del Medicamento ha emitido una opinión favorable para el uso del anillo vaginal de Dapivirina en zonas sin acceso a la PrEP oral.
b) No es imprescindible antes de iniciar la PrEP realizar una serología de 4º generación para VIH.
c) La pauta preferente es la pauta "a demanda" con TDF/FTC. El régimen consiste en 2 comprimidos juntos entre 24 y 2 horas previas a la relación sexual, seguidos de un comprimido cada 24 horas hasta 48 horas después de la última relación.
d) La pauta de un comprimido coformulado de TDF 300 mg y FTC 200 mg actualmente está obsoleta por la aparición de resistencias en VIH-1.

244.- Varón de 41 años, natural de Rumanía, acude a urgencias por cuadro de cefalea hemicraneal izquierda, visión borrosa por el ojo derecho junto con fiebre y debilidad en mano derecha. En analítica de urgencias presenta leve deterioro de función renal, con PCR 60 mg/L y leucopenia con linfopenia. Se solicita TAC craneal, objetivando varias lesiones ocupantes de espacio, la mayor de ellas en región parietal izquierda, con realce anular y baja atenuación central, con edema vasogénico acompañante moderado sin apreciar signos de herniación ni efectos de masa significativos sobre el sistema ventricular. Señale la INCORRECTA:

a) Pediría serologías de VIH y oportunistas, realizaría punción lumbar con PCR para oportunistas.
b) Si es VIH positivo, iniciaría tratamiento empírico con pirimetamina 200 mg de carga y posteriormente pirimetamina + sulfadiazina ajustada a peso + ácido folínico.
c) Entre las alternativas para la profilaxis secundaria se encuentran trimetoprim-sulfametoxazol y atovacuona.
d) Si es VIH positivo, iniciaría tratamiento empírico con BIC/FTC/TAF + anfotericina B liposomal 4 mg/kg + dexametasona 0.5 mg/kg.

245.- Indique cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:

a) El VIH-2 presenta resistencia intrínseca a los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos y a la enfuvirtida.
b) La circuncisión masculina proporciona una protección del 50-60% contra la adquisición del VIH entre los hombres que tienen predominantemente relaciones heterosexuales.
c) Según las guías GeSIDA, el TAR debe iniciarse tan pronto como sea posible en todas las personas que viven con VIH, siendo los controladores de élite una potencial excepción.
d) Las pautas recomendadas para el TAR inicial en el momento actual consisten en una combinación de dos o tres fármacos basados en un inhibidor de la integrasa (INI) de segunda generación (DTG, EVG o BIC).

246.- Respecto al virus de la viruela del mono, indique cuál es la INCORRECTA:

a) Se trata de un Ortopoxvirus; éstos constituyen un grupo de virus grandes y complejos de ADN bicatenario que se replican en el citoplasma de la célula huésped.
b) La viruela del mono en seres humanos produce característicamente lesiones de tipo papulovesiculoso de aspecto umbilicado.



c) El tecovirimat es el tratamiento de elección de la viruela del mono y se encuentra disponible a través de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
d) La mayoría de las infecciones causadas por ortopoxvirus son zoonóticas y el ser humano es un huésped accidental.

247.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las infecciones víricas es CORRECTA?

a) El ser humano se infecta con el virus del herpes B debido a mordeduras, arañazos, pinchazos con agujas o salpicaduras de las mucosas con fluidos de perros y gatos.
b) Un resultado positivo de la PCR o del cultivo para el virus del herpes B de las heridas o de la mucosa poco después de una herida es diagnóstico de infección.
c) El virus del herpes B es un virus de macaco que puede causar una encefalitis mortal en el ser humano.
d) El virus del herpes B es un herpesvirus alfa y es el homólogo del virus del herpes simple en cánidos.

248.- En relación con la patogenicidad y la prevención del virus del papiloma humano (VPH), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) Los tipos de VPH 6 y 11 son considerados de "alto riesgo" ya que son responsables de la mayoría de los carcinomas cervicales invasivos.
b) La proteína E6 de los tipos de VPH de alto riesgo se une a la proteína supresora de tumores p53, marcándola para su destrucción y permitiendo la proliferación celular descontrolada.
c) Las verrugas cutáneas comunes y plantares son causadas predominantemente por los mismos tipos de VPH que provocan el cáncer de cuello uterino (VPH-16 y 18).
d) La vacuna bivalente (Cervarix®) ofrece protección contra los tipos 6, 11, 16 y 18, previniendo tanto el cáncer cervical como las verrugas genitales.

249.- En relación con la biología, la latencia y las manifestaciones clínicas del virus de Epstein-Barr (VEB), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) El VEB pertenece a la subfamilia Alphaherpesvirinae y establece su principal sitio de latencia en las neuronas de los ganglios sensoriales
b) El tratamiento con antivirales como el aciclovir es el estándar de cuidado para la mononucleosis infecciosa, ya que reduce drásticamente la duración de la fatiga y el malestar sistémico.
c) Durante la infección primaria, el virus se replica en las células epiteliales de la orofaringe y posteriormente infecta a los linfocitos B, donde puede inducir su inmortalización al prevenir la apoptosis.
d) El linfoma de Burkitt, una neoplasia asociada al VEB, presenta una distribución geográfica uniforme y no se considera endémico en ninguna región específica.



250.- En relación con la patogenia, las manifestaciones clínicas y la prevención del virus de la rabia, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) Tras la inoculación a través de una mordedura, el virus se disemina rápidamente por vía hematógena (viremia) para alcanzar el sistema nervioso central.
b) El transporte del virus desde los nervios periféricos hacia el sistema nervioso central ocurre de forma centrípeta mediante el flujo axonal retrógrado.
c) La hidrofobia es un síntoma patognomónico que se presenta de forma característica tanto en la fase clínica de la rabia furiosa como en la rabia paralítica (o "muda").
d) La profilaxis post-exposición (vacunación e inmunoglobulina) es ineficaz si han pasado más de 72 horas desde el momento de la agresión por un animal sospechoso.

251.- Una mujer de 32 años, profesora de educación primaria, acude a consulta por la aparición súbita de dolor e inflamación articular simétrica en manos, muñecas y rodillas. Refiere que hace aproximadamente dos semanas tuvo un cuadro leve de malestar general y febrícula que cedió espontáneamente. Comenta que en su centro escolar ha habido un brote de niños/as con un exantema facial característico ("mejillas bofetadas"). La paciente está preocupada porque se encuentra en el primer trimestre de embarazo. En relación la fisiopatología de la infección que sospecha, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) En el estadio actual de la paciente (presencia de artralgias), la viremia se encuentra en su punto máximo, por lo que presenta un alto riesgo de contagio para sus contactos cercanos.
b) El diagnóstico de inmunidad (infección pasada) se confirmaría mediante la detección de anticuerpos específicos de tipo IgM en el suero de la paciente.
c) El principal riesgo para el feto en caso de infección materna es el desarrollo de una anemia grave debido al tropismo del virus por las células precursoras eritroides, lo que puede conducir a una hidropesía fetal (hydrops fetalis).
d) El tratamiento estándar para la poliartritis aguda por Parvovirus B19 en personas adultas sanas consiste en la administración inmediata de inmunoglobulina intravenosa para eliminar la replicación viral.

252.- En relación con la biología y las manifestaciones clínicas de los virus herpes humanos 6 y 7 (HHV-6 y HHV-7), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) Ambos virus pertenecen a la subfamilia Alphaherpesvirinae y establecen latencia de por vida en las neuronas de los ganglios sensitivos.
b) La vía de transmisión predominante para estos virus es la fecal-oral, con un pico de incidencia de infección primaria entre los 5 y 10 años de edad.
c) El tratamiento con ganciclovir intravenoso es el estándar de cuidado recomendado para todos/as los/as niños/as con exantema súbito para prevenir complicaciones neurológicas.
d) El HHV-6 es el agente etiológico principal del exantema súbito (roséola), caracterizado típicamente por una fiebre elevada que desaparece bruscamente al aparecer un exantema maculopapular no pruriginoso.

253.- Un niño de 4 años es llevado a la consulta pediátrica a mediados de agosto por presentar febrícula, malestar general y dolor de garganta. En la exploración física, se observan múltiples úlceras pequeñas (vesículas rotas) en la lengua y la mucosa bucal, además de máculas eritematosas y vesículas de color grisáceo en las palmas de las manos y las plantas de los pies. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) Los agentes etiológicos más comunes de este cuadro son los Coxsackievirus A16 y el Enterovirus A71, y el diagnóstico inicial de elección es la serología para detectar un aumento cuádruple de anticuerpos IgG.
b) La transmisión ocurre predominantemente por vía fecal-oral, y aunque los síntomas cutáneos suelen resolverse en una semana, la excreción del virus en las heces puede persistir durante varias semanas.
c) El uso de una vacuna inactivada de amplio espectro es la medida preventiva de elección para todos los serotipos de enterovirus que causan exantemas en la infancia.
d) Si el cuadro progresa con irritabilidad extrema y fotofobia, el análisis del líquido cefalorraquídeo mostrará típicamente una hipoglucorraquia marcada, característica de la meningitis aséptica por enterovirus.

254.- En relación con la epidemiología, las manifestaciones clínicas y las complicaciones de la infección por el virus de la rubéola, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

a) Las "manchas de Koplik" son un enantema patognomónico que aparece en el paladar blando de las persoanas pacientes con rubéola aproximadamente 48 horas antes del exantema cutáneo.
b) El periodo de mayor contagiosidad ocurre antes de la aparición del exantema, aunque el virus se sigue excretando hasta 2 días después de que este se manifiesta.
c) El exantema suele ir precedido de linfadenopatías dolorosas, siendo características las localizadas en la región occipital.
d) El exantema del síndrome de rubéola congénita se caracteriza por lesiones petequiales o purpúricas conocidas como "manchas en pastel de arándanos" (blueberry muffin spots).

255.- Un hombre de 42 años, fumador y con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 mal controlada, acude a consulta por presentar desde hace dos meses una masa indolora en la región cervical lateral derecha que ha aumentado progresivamente de tamaño. Refiere además astenia, sudoración nocturna y una pérdida de peso no cuantificada. La radiografía de tórax no muestra infiltrados ni cavitaciones. Señale la afirmación INCORRECTA:

a) La punción-aspiración con aguja fina (PAAF) es la investigación inicial de elección para la linfadenitis tuberculosa, ya que presenta alta especificidad y sensibilidad cuando se obtienen muestras para citología y microbiología.
b) Si el paciente presentara dolor de espalda y se sospechara una afectación vertebral (enfermedad de Pott), la columna torácica es la localización más probable donde se originaría la infección.
c) En caso de que el paciente desarrollara un derrame pleural asociado, se esperaría que la tinción de Ziehl-Neelsen del líquido pleural fuera positiva para bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) en más del 50% de los casos.



d) La presencia de tubérculos coroideos en un examen oftalmológico sería un hallazgo esencialmente diagnóstico de diseminación hematógena (tuberculosis miliar).

256.- En relación con la tuberculosis musculoesquelética, específicamente la enfermedad de Pott (tuberculosis espinal), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) La enfermedad de Pott es una manifestación rara que representa menos del 10% de los casos de osteomielitis tuberculosa.
b) La región lumbar es la localización afectada con mayor frecuencia, seguida por la cervical y, finalmente, la torácica.
c) En las radiografías simples, el hallazgo típico es la destrucción aislada del disco intervertebral, con una preservación completa de los cuerpos vertebrales adyacentes.
d) La infección suele comenzar en la metáfisis vertebral y erosiona el platillo terminal, respetando de forma relativa el disco intervertebral en las fases iniciales.

257.- En relación con la definición, los mecanismos de resistencia y el manejo de la tuberculosis multidrogorresistente (MDR-TB), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) La MDR-TB se define como la resistencia de una cepa de M. tuberculosis a, al menos, la estreptomicina y el etambutol.
b) La resistencia a la rifampicina en M. tuberculosis se produce principalmente por mutaciones en una secuencia de 81 pares de bases del gen rpoB, que codifica la subunidad β de la ARN polimerasa.
c) El intercambio de plásmidos entre diferentes cepas de micobacterias es el mecanismo biológico predominante por el cual surge el fenotipo de multidrogorresistencia.
d) El ensayo GeneXpert MTB/RIF detecta directamente las mutaciones que confieren resistencia a la isoniazida, permitiendo un diagnóstico rápido de MDR-TB en muestras de esputo.

258.- En relación con la meningitis tuberculosa (MTB) en pacientes que presentan coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) La infección por VIH altera de forma drástica las manifestaciones clínicas y los hallazgos bioquímicos del líquido cefalorraquídeo en comparación con las personas pacientes seronegativas.
b) El inicio de la terapia antirretroviral (TAR) dentro de los primeros dos días de tratamiento antituberculoso es la estrategia de elección para reducir la mortalidad, al igual que en la tuberculosis pulmonar con CD4 bajos.
c) El uso adyuvante de corticosteroides ha demostrado reducir la mortalidad asociada a la meningitis tuberculosa.
d) El síndrome inflamatorio de reconstitución inmune (IRIS) que afecta al sistema nervioso central es una complicación leve que suele resolverse espontáneamente sin necesidad de tratamiento médico o intervención.



259.- Un hombre de 34 años, originario de una zona rural de la India y residente en el extranjero desde hace dos años, acude a consulta por presentar varias manchas cutáneas de evolución crónica. En la exploración física se observa una placa hipopigmentada única en el antebrazo izquierdo, de bordes bien definidos y superficie seca, que presenta una pérdida completa de la sensibilidad al tacto fino. Se palpa un engrosamiento del nervio cubital homolateral. El resto de la exploración física es normal. Señale la afirmación CORRECTA:

a) El agente causal, Mycobacterium leprae, tiene un tropismo único por las células de Schwann, utilizando receptores específicos como el complejo distroglicano-alfa y la cadena de laminina alfa-2.
b) El cuadro descrito es característico de la lepra lepromatosa (LL), la cual se define por una respuesta celular vigorosa que limita la enfermedad a pocas placas bien demarcadas.
c) La principal vía de transmisión de la enfermedad en este paciente habría sido la inoculación cutánea directa a través de suelos contaminados, ya que el bacilo sobrevive largos periodos en el ambiente.
d) Si el paciente presentara un empeoramiento súbito con inflamación aguda de la lesión cutánea y dolor neurítico tras iniciar el tratamiento, lo más probable es que esté sufriendo una reacción de tipo 2 (eritema nudoso leproso), mediada por el depósito de inmunocomplejos.

260.- Señale la INCORRECTA acerca de la infección por Mycobacteirum avium complex (MAC):

a) La enfermedad pulmonar por MAC es bilateral en la mayoría de los casos y los datos más recientes sugieren que el 15-35% de casos tienen un componente cavitado.
b) La presentación clásica del MAC pulmonar es la de una enfermedad entre subaguda y crónica en personas con un antecedente conocido o previamente desconocido de patología pulmonar subyacente.
c) La enfermedad diseminada por MAC ocurre exclusivamente en personas con inmunosupresión avanzada, siendo el VIH/SIDA el ejemplo clásico, y es mortal si no se trata.
d) En las personas pacientes con VIH/SIDA y enfermedad diseminada por MAC, la presentación más frecuente es la afectación parenquimatosa pulmonar unilateral.

261.- Respecto a las micobacterias atípicas, señale la INCORRETA:

a) En los pacientes VIH-positivos que necesitan un tratamiento con un inhibidor de la proteasa la rifampicina debe formar parte de la pauta antimicobacteriana de elección.
b) El tratamiento de la neumopatía secundaria a M. kansasii es rifampicina 600 mg, isoniazida 300 mg, y etambutol 15 mg/kg.
c) La afectación clínica por M. kansasii produce una afectación fibrocavitada del lóbulo superior y de los ganglios similar a la del MAC en el mismo contexto.
d) El aislamiento de una micobacteria no tuberculosa en una sola muestra de esputo no es una prueba de enfermedad por este tipo de micobacterias y, en especial, cuando el frotis del BAAR es negativo y el número de microorganismos es escaso.



262.- Acerca del "granuloma de las piscinas", señale la INCORRECTA:

a) Esta denominación deriva del nicho epidemiológico del microorganismo.
b) Las lesiones suelen consistir en pápulas violetas de pequeño tamaño en las manos y los brazos que pueden evolucionar a úlceras costrosas y superficiales, y a la formación de cicatrices.
c) La claritromicina está contraindicada por favorecer la lisis celular a las 48 horas del inicio de tratamiento.
d) Los tratamientos se han basado tradicionalmente en una combinación de rifampicina y etambutol, o en una monoterapia con doxiciclina o trimetoprima-sulfametoxazol, ente otros.

263.- Un hombre de 45 años, con casa de veraneo en Palencia, acude a urgencias por un cuadro de fiebre alta súbita, cefalea y malestar general de tres días de evolución. En la exploración física se observa una úlcera cutánea con fondo necrótico en el dedo índice de la mano derecha y una linfadenopatía axilar dolorosa homolateral. El paciente refiere que una semana antes estuvo desollando conejos. ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA según las fuentes?

a) El paciente debe ser puesto en aislamiento estricto de contacto, ya que la transmisión de persona a persona es la vía más frecuente de contagio documentada.
b) El laboratorio debe ser notificado de la sospecha clínica, aunque el microorganismo crece fácilmente en 24 horas en medios de cultivo estándar como el agar sangre convencional.
c) El tratamiento de elección para formas graves o neumónicas son las tetraciclinas, debido a que presentan las tasas más bajas de recaída clínica descritas.
d) Francisella tularensis es un cocobacilo gramnegativo de nivel de riesgo 3 que requiere medios de cultivo enriquecidos con cisteína o cistina para su crecimiento.

264.- En relación con la biología, el diagnóstico microbiológico y el tratamiento de las infecciones por Nocardia spp. y Actinomyces spp., ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) Ambos géneros son bacterias anaerobias estrictas que forman parte de la microbiota comensal de la orofaringe y el tracto gastrointestinal humano.
b) Nocardia spp. se caracterizan por ser bacilos grampositivos filamentosos que presentan acidorresistencia parcial (mediante tinción de ácido-alcohol modificada), mientras que Actinomyces spp. no son acidorresistentes y suelen producir "gránulos de azufre" en los tejidos infectados.
c) El complejo Mycobacterium tuberculosis es el único grupo de actinomicetos que puede dar resultados positivos en una tinción de ácido-alcohol resistente, excluyendo a Nocardia y Rhodococcus.
d) El tratamiento de elección para la nocardiosis pulmonar o sistémica es la Penicilina G a dosis altas de forma prolongada, mientras que para la actinomicosis se prefiere el uso de trimetoprima-sulfametoxazol (TMP-SMX).



265.- En relación con la epidemiología, las manifestaciones clínicas y el diagnóstico microbiológico de las infecciones por Rhodococcus hoagii (anteriormente R. equi), señale la afirmación INCORRECTA:

a) Su reservorio principal es el suelo, pero se encuentra en altas proporciones en el estiércol de caballos y potros, adquiriéndose la infección humana generalmente por inhalación o inoculación traumática.
b) Microscópicamente, el microorganismo puede presentar una morfología cocoide o difteroide y suele mostrar una acidorresistencia débil mediante la tinción de ácido-alcohol modificada.
c) En pacientes con infección avanzada por el VIH, la afectación pulmonar es la manifestación predominante y puede asociarse histológicamente a malacoplaquia con presencia de cuerpos de Michaelis-Gutmann.
d) Es un microorganismo anaerobio estricto de crecimiento rápido, cuyas colonias de color rosa y apariencia mucoide son visibles en medios de cultivo estándar en menos de 24 horas.

266.- Un hombre de 28 años acude a urgencias con un cuadro de fiebre súbita, escalofríos, cefalea intensa y mialgias profundas tras regresar de un viaje de ecoturismo en el que realizó senderismo en selvas tropicales. En la exploración física destaca una marcada sufusión conjuntival. A los pocos días del ingreso, el paciente desarrolla ictericia, petequias y fracaso renal agudo. En relación con el diagnóstico más probable, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) El mecanismo de transmisión más probable es el contacto directo o indirecto con la orina de animales infectados, siendo los roedores los reservorios más importantes a nivel mundial.
b) El diagnóstico de elección en la fase aguda se basa en la visualización de las espiroquetas mediante la tinción de Gram convencional en muestras de sangre y orina.
c) Debido a la toxicidad de los fármacos, las guías de la OMS recomiendan retrasar el inicio de la antibioterapia hasta obtener la confirmación definitiva mediante la prueba de aglutinación microscópica (MAT).
d) La leptospirosis es una zoonosis de distribución limitada exclusivamente a regiones templadas, por lo que el antecedente de viaje a los trópicos reduce la probabilidad diagnóstica.

267.- Un hombre de 48 años, con antecedentes de mala higiene dental y una extracción de un molar hace tres meses, acude a consulta por presentar una tumoración perimandibular de crecimiento lento y consistencia firme. En la exploración se observa una fístula cutánea que drena un material purulento con pequeñas partículas amarillentas. El paciente no presenta fiebre y la radiografía no muestra afectación ósea evidente en este momento. Se sospecha una actinomicosis orocervicofacial. ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) El agente causal más probable es un habitante normal del suelo que se adquiere por inoculación traumática tras el contacto con tierra contaminada.
b) Debido a su excelente respuesta, el tratamiento estándar consiste en un ciclo corto de 10 a 14 días de penicilina por vía oral.
c) El diagnóstico se apoya habitualmente en la demostración histopatológica de "gránulos de azufre" y la presencia de microorganismos filamentosos grampositivos.



d) La afectación pélvica por este microorganismo ha aumentado drásticamente en los últimos años, asociándose principalmente al uso de anticonceptivos orales.

268.- En relación con la ecología microbiana y el papel patógeno de Lactobacillus spp. y Parvimonas micra (Peptostreptococcus micros), señale la afirmación CORRECTA según las fuentes:

a) Ambos géneros son cocos grampositivos anaerobios estrictos que forman parte exclusivamente de la flora normal del tracto gastrointestinal inferior.
b) Los Lactobacillus son bacilos grampositivos no esporulados que desempeñan un papel protector en la flora vaginal normal, mientras que P. micra es un coco anaerobio grampositivo frecuentemente aislado en infecciones polimicrobianas pleuropulmonares, intraabdominales y orofaciales.
c) El diagnóstico de la vaginosis bacteriana se confirma mediante el hallazgo de un sobrecrecimiento masivo de Lactobacillus productores de peróxido de hidrógeno y la ausencia de bacterias anaerobias.
d) P. micra es el único miembro de los anaerobios grampositivos que produce endosporas resistentes al oxígeno, lo que le permite sobrevivir largos periodos en superficies inanimadas del hospital.

269.- En relación con las características biológicas, la epidemiología y el manejo clínico de Brucella spp. y Coxiella burnetii, señale la CORRECTA:

a) La brucelosis es la zoonosis más común en el mundo y se adquiere frecuentemente por la ingesta de lácteos, mientras que C. burnetii destaca por su alta infectividad mediante la inhalación de aerosoles.
b) Ambos patógenos son parásitos intracelulares obligatorios que carecen de vida libre y no pueden ser cultivados en medios de laboratorio estándar (no celulares).
c) El tratamiento de elección para la endocarditis causada por Brucella spp. requiere la combinación de doxiciclina e hidroxicloroquina durante un periodo de 18 meses a 3 años.
d) Coxiella burnetii es un microorganismo que pertenece al subgrupo α de las proteobacterias, compartiendo una estrecha relación filogenética con los géneros Rickettsia y Bartonella.

270.- En relación con la epidemiología, la patogenia y el diagnóstico de las infecciones causadas por especies del género Nocardia, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

a) Su reservorio principal es el medio ambiente, específicamente el suelo, y la infección se adquiere habitualmente por inhalación o por inoculación directa a través de una lesión traumática.
b) En el examen microscópico se observan como bacilos grampositivos ramificados y filamentosos que a menudo presentan una acidorresistencia parcial al usar tinciones modificadas.
c) Son microorganismos anaerobios estrictos que forman parte de la microflora normal de la orofaringe humana, activándose únicamente ante estados de inmunosupresión.



271.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la CORRECTA?

a) La criptococosis cerebral es más frecuente en pacientes con VIH y recuento de CD4>200cel/mm3.
b) En las personas pacientes con candidemia se debe solicitar un examen del fondo de ojo.
c) Voriconazol es el tratamiento de elección en la mucormicosis.
d) En la neumonía por P. jirovecii la LDH tiene valores característicamente bajos.

272.- Varón de 67 años ingresado por diverticulitis aguda que requirió reintervención quirúrgica y prolongación de tratamiento antibiótico por dehiscencia de sutura. En los hemocultivos extraídos en un pico febril posiblemente relacionado infección del catéter vascular se nos informa que se aíslan hongos levaduriformes. ¿Cuál de los siguientes microorganismos es el menos probable?

a) Candida albicans
b) Aspergillus terreus.
c) Candida parapsilosis.
d) Nakaseomyces glabratus (antes Candida glabrata).

273.- Varón de 50 años, receptor de trasplante cardiaco, que ingresa por neumonía necrotizante que sugiere el diagnóstico de aspergilosis pulmonar. ¿Cuál de las siguientes pruebas diagnósticas no apoya este diagnóstico?

a) Elevación de galactomanano.
b) Signo del halo en la imagen radiológica.
c) Visualización de levaduras en la biopsia.
d) Visualización de Aspergillus sp. en esputo.

274.- Una de las siguientes afirmaciones sobre la aspergilosis es FALSA:

a) Aspergillus fumigatus es la causa más común de aspergilosis invasiva.
b) A. flavus causa casos de sinusitis, infecciones cutáneas y queratitis.
c) A. terreus es la causa más común de la aspergilosis broncopulmonar alérgica.
d) A. nidulans ocasiona infección invasora en pacientes con enfermedad granulomatosa crónica.

275.- En relación con Entamoeba histolytica, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Es una de las causas más comunes de diarrea en el mundo, especialmente en países de renta alta.
b) Es causa de abscesos hepáticos.
c) También puede causar infecciones asintomáticas.
d) La transmisión más común es la feco-oral.



276.- Sobre el tratamiento del absceso hepático por Entamoeba histolytica, señale la afirmación CORRECTA:

a) Ciprofloxacino es el tratamiento de elección.
b) Metronidazol es el tratamiento de elección.
c) Paramomicina es el tratamiento de elección.
d) Yodoquinol es el tratamiento de elección.

277.- Sobre el tratamiento de las infecciones por Candidozyma auris (antes Candida auris), una de las siguientes afirmaciones es CORRECTA:

a) Es la especie de Candida con menor nivel de resistencia a los tres grupos de antifúngicos.
b) Equinocandinas son los antifúngicos más activos.
c) Anfotericina es el antifúngico más activo.
d) Fluconazol es el antífúngico más activo.

278.- Sobre la hidatidosis, una de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:

a) Es una parasitosis causada por un nematodo: Echinococcus granulosus.
b) El perro es el huésped definitivo.
c) El diagnóstico serológico tiene una sensibilidad y especificidad limitadas.
d) Albendazol es el fármaco de elección.

279.- Sobre el diagnóstico del paludismo, una de las siguientes respuestas es INCORRECTA:

a) En las personas pacientes con fiebre tras regreso reciente del trópico, el paludismo debe ser considerado siempre como una causa probable.
b) El frotis de sangre periférica sigue siendo el test diagnóstico de elección y aporta información de interés pronóstico.
c) Los test de diagnóstico rápido son más fáciles de realizar y los más específicos.
d) La PCR es más sensible que el análisis microscópico o el método diagnóstico rápido para detectar parásitos de paludismo y definir sus especies.

280.- Sobre el tratamiento del paludismo, una de las siguientes respuestas es FALSA:

a) Artesunato iv. es el fármaco de elección en el tratamiento del paludismo grave.
b) Quinina tiene como efectos secundarios característicos: acúfenos, pérdida de la audición de sonidos agudos, náusea, vómito, disforia, hipotensión postural y prolongación del intervalo QT en el ECG.
c) La absorción de cloroquina tras la administración por la vía oral es muy elevada.
d) Primaquina erradica las formas hepáticas de P. falciparum.



281.- Sobre la profilaxis del paludismo una de las siguientes respuestas es INCORRECTA:

a) Las recomendaciones para la profilaxis dependen del conocimiento de la sensibilidad de las especies locales de Plasmodium a los fármacos y de la posibilidad de adquirir la infección.
b) Si no hay certeza deben administrarse fármacos eficaces contra P. falciparum resistente.
c) Atovacuona con proguanilo, doxiciclina, y mefloquina son eficaces contra P. falciparum resistente.
d) La profilaxis se inicia 1-2 días antes del viaje a las regiones con paludismo. Se toma mientras se permanece en ellas y durante 28 días después de salir de esas regiones.

282.- Sobre las manifestaciones clínicas de la toxoplasmosis, una de las siguientes respuestas es INCORRECTA:

a) En pacientes inmunocompetentes produce un cuadro de linfadenopatías cervicales y/o generalizadas con fiebre, cefalea y malestar general.
b) En las personas pacientes con sida es la principal infección oportunista del SNC.
c) La toxoplasmosis congénita sucede en la población neonata de madres que tuvieron la infección por Toxoplasma gondii durante el embarazo de forma sintomática.
d) La coriorretinitis por T. gondii puede manifestarse en personas adultas inmunocompetentes.

283.- Uno de los siguientes fármacos no está recomendado en el tratamiento de la leishmaniasis visceral:

a) Espiramicina.
b) Anfotericina B.
c) Compuestos de antimonio pentavalente.
d) Miltefosina

284.- Mujer de 30 años, embarazada de 28 semanas, que acude a consulta tras haber expulsado con la defecación varios gusanos redondos que el laboratorio de Microbiología identifica como Ascaris lumbricoides. Respecto a la ascaridiasis, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Ascaris lumbricoides es el mayor nematodo intestinal humano.
b) En pacientes inmunodeprimidos causa el síndrome de hiperinfestación con sepsis de curso fulminante.
c) Es la causa más común del síndrome de Löffler.
d) El tratamiento con mebendazol es muy eficaz.



285.- Paciente de 65 años, hipertenso y diabético tipo II, vacunado con tres dosis frente a la COVID-19. Presenta una infección por SARS-CoV-2 de cuatro días de evolución, con fiebre, tos, anosmia y malestar general, sin disnea ni otros síntomas. En la exploración física presenta 18 respiraciones por minuto y la saturación de O2 es del 97% con aire ambiente. ¿Cuál de los siguientes tratamientos tiene una recomendación en contra de su uso para este tipo de paciente que no requieren oxigenoterapia?

a) Dexametasona.
b) Nirmatrelvir/ritonavir.
c) Remdesivir (pauta de 3 días).
d) Molnupiravir.

286.- Una de las siguientes intervenciones sobre la prevención primaria de las enfermedades infecciosas, es FALSA:

a) Quimioprofilaxis con isoniacida de la infección tuberculosa latente.
b) Quimioprofilaxis con rifampicina tras exposición a Neisseria meningitidis.
c) Profilaxis de la infección del lecho quirúrgico con cefazolina.
d) Quimioprofilaxis de la malaria en la persona viajera con cloroquina.

287.- ¿Cuál de las siguientes Enterobacterales tienen MENOR riesgo de desarrollar AmpC inducible?

a) Citrobacter freundii.
b) Enterobacter cloacae.
c) Klebsiella aerogenes.
d) Serratia marcescens.

288.- Entre las siguientes infecciones, ¿cuál es la causa más frecuente de fiebre de origen desconocido a nivel mundial?

a) Endocarditis bacteriana con hemocultivo negativo.
b) Tuberculosis.
c) Fiebre tifoidea.
d) Abscesos intraabdominales.

289.- Sobre el tratamiento de las infecciones causadas por Pseudomonas aeruginosa, ¿cuál de los siguientes antibióticos debe ser la última opción?

a) Ceftolozano/tazobactam.
b) Ceftazidima/avibactam.
c) Cefiderocol
d) Colistina



290.- En la escala rápida de evaluación secuencial del fallo orgánico (qSOFA) en personas adultas, ¿cuál de las siguientes variables NO está incluída?

a) Frecuencia respiratoria.
b) Frecuencia cardíaca.
c) Presión arterial sistólica.
d) Nivel de conciencia (escala de coma de Glasgow).

291.- En una persona paciente con sepsis, ¿cuál de las siguientes alteraciones clínicas y analíticas se asocia a peor pronóstico?

a) Leucocitosis.
b) Trombocitosis.
c) Hipotermia.
d) Hipoglucemia.

292.- Sobre la sepsis y la bacteriemia, ¿cuál de las siguientes respuestas es FALSA?

a) La bacteriemia está presente aproximadamente en el 50 % de los casos de sepsis.
b) La etiología de la bacteriemia varía dependiendo del foco de infección, del lugar de adquisición y de la epidemiología local entre otros factores.
c) La etiología de la bacteriemia condiciona el pronóstico de las personas pacientes con sepsis.
d) La presencia de bacteriemia empeora el pronóstico de las personas pacientes con sepsis.

293.- ¿Cuál de los siguientes antibióticos NO es un potente inductor de betalactamasa cromosómica inducible tipo AmpC?

a) Ampicilina.
b) Cefazolina.
c) Ciprofloxacino.
d) Imipenem.

294.- Sobre las reacciones alérgicas inmediatas a la penicilina, ¿cuál de las siguientes respuestas es FALSA?

a) Se producen por una respuesta inmune mediada por la IgE.
b) Aparecen en la primera hora tras la toma del antimicrobiano.
c) Las manifestaciones iniciales pueden aparecer durante los últimos días del tratamiento.
d) Aproximadamente el 80 por ciento de las personas pacientes con alergia inmediata a la penicilina han perdido la sensibilidad después de un año.



295.- Un aislado de Pseudomonas aeruginosa en sangre, que es resistente a amikacina, gentamicina, tobramicina, piperacilina-tazobactam, ceftazidima y cefepima. ¿A cuál de las siguientes categorías de la clasificación de Magiorakos pertenece?

a) Multirresistente (MDR).
b) Extremadamente resistente (XDR).
c) Panresistente (PDR).
d) Ninguna de las anteriores.

296.- Paciente de 70 años con bacteriemia por Acinetobacter baumannii resistente a piperacilina-tazobactam, a todas las cefalosporinas y a las quinolonas. ¿Cuál de los siguientes antibióticos, a los que es sensible, es el tratamiento de elección?

a) Tobramicina.
b) Ampicilina/sulbactam.
c) Colistina.
d) Cefiderocol

297.- En las personas pacientes con sospecha de infección urinaria complicada, ¿cuál de las siguientes respuestas es INCORRECTA?

a) En todos los casos se recomienda realizar urocultivo.
b) Se recomienda iniciar tratamiento antimicrobiano empírico tras la toma del urocultivo.
c) En los varones con sospecha de prostatitis, no se recomienda realizar el tacto rectal por el riesgo de bacteriemia.
d) En las personas pacientes con sepsis o con sospecha de obstrucción de la vía urinaria, se recomienda TAC o ecografía urgente.

298.- Sobre la duración del tratamiento antimicrobiano en la infección urinaria complicada, ¿cuál de las siguientes respuestas es FALSA?

a) Se recomienda una duración de 7 días si el control del foco se ha conseguido y la respuesta clínica es favorable.
b) Se recomienda una duración de 14 días en los casos con bacteriemia.
c) En los pacientes varones se recomienda excluir prostatitis aguda para decidir la duración del tratamiento.
d) La administración del antimicrobiano puede ser oral, intravenosa, o secuencial durante el tiempo recomendado.

299.- Sobre el dengue, ¿cuál de las siguientes respuestas es CORRECTA?

a) El dengue es una enfermedad febril causada por un flavivirus transmitido por la picadura de los mosquitos Culex pipiens o Culex perexiguus.
b) Está producido por tres tipos de virus del dengue (DENV) (DEN-1, DEN-2, y, DEN-3).
c) La probabilidad de desarrollar dengue grave es mayor entre las personas que sufren una segunda infección causada por un tipo de virus del dengue diferente al de la primera infección.
d) Ribavirina es el tratamiento de elección.



300.- La combinación de las siguientes manifestaciones clínicas: fiebre elevada + cefalea retroorbitaria + artromialgias + manifestaciones hemorrágicas, es característica de una de las siguientes infecciones:

a) Fiebre del Nilo Occidental.
b) Dengue
c) Chikungunya.
d) Zika.

301.- La meningitis se clasifica según la duración de los síntomas. ¿Cuál de las siguientes respuestas sobre la definición de la meningitis aguda es CORRECTA?

a) Duración de los síntomas menor a 3 días.
b) Duración de los síntomas menor a 5 días.
c) Duración de los síntomas menor a 7 días.
d) Duración de los síntomas menor a 14 días.

302.- ¿Cuál es la etiología más común de la meningitis viral o aséptica?

a) Enterovirus.
b) Arbovirus
c) Herpesvirus.
d) Virus de la coriomeningitis linfocitaria.

303.- ¿Cuál es el tratamiento estándar de la meningitis aguda por Streptococcus pneumoniae con CMI a penicilina ≤ 0,06 µg/ml?

a) Penicilina G.
b) Ceftriaxona.
c) Cefepima.
d) Ceftriaxona + vancomicina.

304.- En el tratamiento de la meningitis bacteriana en personas adultas con función hepática y renal normales, ¿cuál de las siguientes posologías es INCORRECTA?

a) Ceftriaxona 4 g/día, divididos cada 12 h.
b) Cefotaxima 8-12 g/día, divididos cada 4-6 h.
c) Cefepima 6 g/día, divididos cada 8 h.
d) Penicilina G 24 millones de unidades, divididos cada 6 h.

305.- En la infección periprotésica del hombro, ¿cuál de las siguientes es la etiología más frecuente?

a) Staphylococcus aureus.
b) Estafilococos coagulasa-negativos.
c) Streptococcus spp.



306.- En una persona paciente con infección de la prótesis de rodilla por Staphylococcus aureus sensible a meticilina, que se manifiesta el día +23 después de la intervención y que tiene la prótesis estable y ausencia de fistula, ¿cuál es el tratamiento recomendado?

a) Tratamiento antibiótico dirigido y desbridamiento con conservación de la prótesis.
b) Tratamiento antibiótico dirigido y recambio de la prótesis en un tiempo.
c) Tratamiento antibiótico dirigido y recambio de la prótesis en dos tiempos.
d) Tratamiento antibiótico dirigido de larga duración, sin cirugía.

307.- En el diagnóstico de la hepatitis por el virus B, ¿cuál de las siguientes respuestas es FALSA?

a) Hepatitis aguda: HBsAg +, IgM Anti-HBc +, HBeAg +, resto marcadores negativos y ALT elevada.
b) Hepatitis curada: Anti-HBs +, IgG Anti-HBc +, Anti-HBe + resto de marcadores negativos y ALT normal.
c) Hepatitis crónica: HBeAg negativa: HBsAg +, IgM Anti-HBc +, Anti-HBe +, resto de marcadores negativos y ALT elevada.
d) Vacunado: Anti-HBs +, resto de marcadores negativos y ALT normal.

308.- Sobre la hepatitis crónica por el virus E de la hepatitis, ¿cuál de las siguientes respuestas en FALSA?

a) Es más común en pacientes inmunodeprimidos, particularmente receptores de trasplante de órgano.
b) Se asocia con el genotipo 3 del virus E de la hepatitis.
c) La infección se resuelve en un tercio de las personas pacientes al reducir la inmunosupresión, particularmente los fármacos dirigidos contra los linfocitos T.
d) En el resto de los casos se recomienda tratamiento con sofosbuvir.

309.- Paciente de 80 años, independiente y sin comorbilidades que presenta dolor abdominal + coluria + ictericia + fiebre y tiritona. Tras ecografía abdominal, colangioRN y hemocultivos, es diagnosticado de colecistitis aguda con colangitis y colédocolitiasis, con bacteriemia por Escherichia coli. ¿Cuál es el tratamiento de elección en esta persona paciente?

a) Ceftriaxona más colecistectomía y papilotomía laparoscópica.
b) Ceftriaxona más colecistectomía y papilotomía por laparotomía.
c) Ceftriaxona más colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con papilotomía.
d) Ceftriaxona.

310.- Paciente varón de 50 años con leucemia mieloide en tratamiento con citarabina que desarrolla fiebre y dolor abdominal en el día +14 de neutropenia. Es diagnosticado de enterocolitis neutropénica. ¿Cuál de las siguientes respuestas es FALSA?

a) El TAC de abdomen es la prueba diagnóstica de elección.
b) El grosor de la pared intestinal tiene valor pronóstico.



c) Los hemocultivos son positivos con frecuencia, Pseudomonas aeruginosa, Enterobacterales, Bacteroides fragilis, Estreptococos spp. y Candida spp, se encuentran entre los aislados más frecuentes.
d) El tratamiento antimicrobiano y la cirugía temprana son el tratamiento recomendado.

311.- Paciente con endocarditis infecciosa subaguda tras una colonoscopia en la que es diagnosticado de cáncer de colon. En los hemocultivos crecen cocos grampositivos en cadena. ¿Cuál de los siguientes microrganismos es más probable?

a) Streptococcus agalactiae.
b) Streptococcus gallolyticus.
c) Staphylococcus aureus.
d) Streptococcus mitis.

312.- En relación con el tratamiento anticoagulante en la endocarditis bacteriana, señale la respuesta INCORRECTA:

a) En pacientes sin otra indicación de tratamiento anticoagulante, no se recomienda iniciar tratamiento anticoagulante.
b) En pacientes con endocarditis sobre válvula protésica y con anticoagulación previa por fibrilación auricular, se recomienda suspender la anticoagulación por elevado riesgo de hemorragia cerebral.
c) En pacientes con endocarditis sobre válvula nativa, con una indicación independiente de tratamiento anticoagulante, se recomienda evaluar individualmente la decisión de suspender el tratamiento anticoagulante.
d) En los casos en los que se decida mantener la anticoagulación, se recomienda sustituir el anticoagulante oral por heparina.

313.- Paciente de 70 años con sospecha de endocarditis sobre válvula aórtica nativa, por lo que se solicitan hemocultivos y se instaura tratamiento con ampicilina, cloxacilina y gentamicina. Después de 7 días de incubación los hemocultivos son negativos. Señale la respuesta CORRECTA:

a) Lo más probable es que se trate de una endocarditis por bacterias del grupo HACEK y añadiría ceftriaxona al tratamiento.
b) Lo más probable es que se trate de una endocarditis por Coxiella burnetti y le cambiaría el tratamiento.
c) Lo más probable es que la persona paciente recibiera tratamiento antibiótico en los 7 días previos al diagnóstico de la endocarditis.
d) Lo más probable es que se trate de una endocarditis por Brucella melitensis y no se ha dejado tiempo suficiente de incubación de los hemocultivos.

314.- Respecto a las manchas de Janeway señale la respuesta CORRECTA:

a) Son lesiones maculares, no dolorosas, con predilección por las palmas de las manos y las plantas de los pies.
b) Son lesiones maculares muy dolorosas en cualquier localización.
c) Se localizan en pulpejo de los dedos y son muy dolorosas.



d) Son lesiones retinianas pálidas rodeadas de halo hemorrágico.

315.- ¿Cuál es el tratamiento de elección de la malaria grave causada por Plasmodium falciparum?

a) Artesunato.
b) Diclorhidrato de quinina.
c) Atovacuona-proguanilo.
d) Cloroquina.

316.- ¿Cuál es el tratamiento antibiótico de elección de la actinomicosis?

a) Penicilina G.
b) Clindamicina.
c) Trimetoprim-sulfametoxazol.
d) Ciprofloxacino.

317.- Varón de 35 años receptor de trasplante renal que durante las últimas 2 semanas presentó fiebre, anorexia y tos productiva con esputo purulento. La radiografía de tórax mostró una masa con cavitación central en el lóbulo inferior izquierdo. En el examen del esputo se observaron microorganismos filamentos débilmente acido alcohol resistente. ¿Cuál sería el tratamiento empírico más apropiado?

a) Amoxicilina-clavulánico.
b) Eritromicina.
c) Clindamicina.
d) Trimetoprim-sulfametoxazol.

318.- ¿Cuál de las siguientes especies de Plasmodium tiene capacidad para producir recaídas?

a) P. falciparum.
b) P. vivax.
c) P. malariae.
d) P. knowlesi.

319.- Por interacciones graves, se recomienda evitar el uso combinado de voriconazol con los siguientes fármacos, excepto con uno de ellos con el que se recomienda modificar la dosis. Señálelo:

a) Amiodarona.
b) Simvastatina.
c) Tacrolimus.
d) Tamsulosina.



320.- ¿Cuál de las siguientes respuestas es FALSA?

a) Candida parapsilosis es la levadura más frecuentemente aislada en las candidemias asociadas a catéter.
b) Nakaseomyces glabratus (antes Candida glabrata) causa con frecuencia infecciones en pacientes con cáncer.
c) Candida krusei se caracteriza por ser de adquisición nosocomial y afectar a pacientes profundamente inmunodeprimidos que han recibido fluconazol previamente. Las infecciones que produce tienen mayor mortalidad que las causadas por Candida albicans.
d) Candidozyma auris (antes Candida auris) se caracteriza por su facilidad para la transmisión nosocomial y su elevada resistencia a los antifúngicos, entre los que anfotericina B liposomal es el que tiene mayor actividad.

321.- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado del siguiente paciente con infección por VIH con mal control virológico (carga viral 1.200.000 copias/mL) y CD4 de 180/ mm3 que presenta deterioro cognitivo y convulsiones en los últimos 3 días? En el LCR se observan levaduras en la tinción de tinta china.

a) Caspofungina.
b) Voriconazol.
c) Anfotericina B liposomal.
d) Isavuconazol

322.- ¿Cuál es la etiología más común de la colangiopatía asociada al sida?

a) Cryptosporidium parvum.
b) Citomegalovirus.
c) Cyclospora cayetanensis.
d) Mycobacterium avium.

323.- Varón de 28 años sin antecedentes patológicos previos que consulta en el Servicio de Urgencias de un centro de salud por fiebre 5 días después de regresar de un viaje por Uganda. Refiere fiebre de 39 ºC y dolor de cabeza desde hace 4 días. En la exploración, está confuso, no sabe qué día es hoy, ni la dirección de su casa, no tiene rigidez de nuca. Frecuencia cardíaca rítmica a 90 lpm; frecuencia respiratoria 20 rpm; tensión arterial 110/70 mmHg; temperatura 39 ºC. ¿Cuál es la prueba prioritaria para el diagnóstico etiológico?

a) TAC craneal.
b) Hemocultivos.
c) Frotis y gota gruesa en sangre capilar.
d) Anticuerpos frente a Salmonella typhi.



324.- **Mujer de 46 años, casada, madre de 2 hijas sanas. Vive en Coria del Rio (Sevilla). Trabaja en una granja en la que hay cerdos, gallinas y caballos. No ha realizado viajes fuera de Andalucía. Tiene antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con betabloqueantes, no alergias ni hábitos tóxicos. Consulta en el Servicio de Urgencias del hospital, el día 15 de agosto de 2020, por fiebre de 40 ºC, acompañada de diarrea y cefalea de 4 días de evolución, refiere diversas picaduras de insectos en los días previos, insectos que no sabe identificar. En la exploración está confusa sin déficit neurológico, frecuencia cardíaca rítmica a 120 lpm, frecuencia respiratoria 18 rpm, tensión arterial 110/70 mmHg, temperatura 39,5 ºC, pápulas eritematosas de 1 mm en brazos y piernas. En la analítica urgente el hemograma es normal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

a) Meningoencefalitis por el virus del Nilo Occidental.
b) Fiebre hemorrágica Crimea-Congo.
c) Malaria cerebral.
d) Dengue grave.

325.- **¿Cuál es el tratamiento de elección de la giardiasis en personas pacientes adultas?**

a) Albendazol.
b) Metronidazol.
c) Nitazoxanida.
d) Tinidazol.

326.- **Mujer de 20 años sin antecedentes de interés que consulta por rinorrea acuosa, fiebre y tos de 4 días de evolución. En la exploración no hay nada destacable salvo orofaringe enrojecida. Las constantes vitales son normales. Señale la respuesta INCORRECTA:**

a) La mucosa nasal y conjuntival es la puerta de entrada más probable.
b) El tratamiento con vitamina C está recomendado.
c) Rinovirus es la causa más probable.
d) Las manifestaciones clínicas del resfriado común no permiten diferenciar la etiología.

327.- **¿Cuál de las siguientes especies de levadura es intrínsecamente resistente a fluconazol?**

a) C. tropicalis.
b) C. dubliniensis.
c) C. parapsilosis.
d) C. krusei.



328.- Un paciente hematológico que lleva 5 semanas con neutropenia profunda ingresa por fiebre y mialgias que persisten a pesar de una combinación de antibiótico empírico. Durante la hospitalización comienza con lesiones cutáneas y, a pesar de haber recibido profilaxis con un azol, se sospecha una infección fúngica. Se solicita una biopsia de las lesiones, cuando avisan de microbiología porque se aísla un hongo filamentoso en los hemocultivos. ¿Cuál de las siguientes etiologías es la más probable?

a) Aspergillus fumigatus
b) Fusarium spp.
c) Malassezia furfur
d) Scedosporium apiospermum

329.- En relación con la fiebre hemorrágica Crimea-Congo, ¿cuál de las siguientes respuestas es INCORRECTA?

a) Se transmite principalmente a través de garrapatas Hyalomma de cuerpo duro de la familia Ixodes.
b) Los reservorios virales más comunes son el ganado doméstico y/o salvaje, dependiendo del país.
c) Las manifestaciones hemorrágicas se presentan en más de la mitad de los casos.
d) El mecanismo mayoritario de transmisión a los sanitarios es la punción percutánea con agujas contaminadas de pacientes con infección o exposición a salpicaduras de sangre o fluidos corporales.

330 .- En una persona paciente con un primer episodio de colitis por C. difficile, ¿cuál de los siguientes constituye actualmente el tratamiento de elección?

a) Metronidazol 14 días.
b) Vancomicina 10 días.
c) Fidaxomicina 10 días.
d) Trasplante de microbiota fecal.

331.- Ante un cuadro fulminante de colitis por C. difficile con presencia de ileo, ¿cuál sería la mejor combinación de tratamiento entre las siguientes opciones?

a) Metronidazol intravenoso + vancomicina 500 mg cada 6h en enemas.
b) Vancomicina oral o por sonda nasogástrica 125 mg cada 6h + vancomicina en enemas.
c) Vancomicina oral o por sonda nasogástrica 500 mg cada 6h + metronidazol intravenoso + vancomicina en enemas.
d) Fidaxomicina oral o por sonda nasogástrica + metronidazol intravenoso + vancomicina en enemas.



332.- ¿Cuál de los siguientes sería el tratamiento antibiótico oral de elección en una infección aguda hematógena de prótesis de rodilla de etiología estreptocócica que se ha sometido a desbridamiento con retención del implante (DAIR), una vez finalizado el tratamiento intravenoso planificado?

a) Amoxicilina.
b) Linezolid.
c) Clindamicina.
d) Levofloxacino + rifampicina.

333.- En una infección precoz postquirúrgica de prótesis de cadera por S. aureus en la que se ha realizado la estrategia de desbridamiento y retención del implante (DAIR), ¿cuál sería la duración recomendada del tratamiento antibiótico si la pauta elegida ha sido una combinación de quinolonas y rifampicina?

a) 6 semanas.
b) 8 semanas.
c) 10 semanas.
d) 12 semanas.

334.- ¿Y qué duración sería la más recomendada en esa misma situación, pero en una infección de prótesis de rodilla?

a) 8 semanas.
b) 12 semanas.
c) 4 meses.
d) 6 meses.

335.- ¿Cuál de los siguientes NO constituye un dato de mal pronóstico en la etiología de una infección de prótesis articular?

a) K. pneumoniae resistente a ceftriaxona y cotrimoxazol, sensible a ciprofloxacino.
b) E. coli resistente a ciprofloxacino, sensible a cotrimoxazol.
c) S. aureus resistente a ciprofloxacino.
d) S. lugdunensis resistente a rifampicina.

336.- ¿Cuál de las siguientes es la causa más frecuentemente identificada de infección de marcapasos y otros dispositivos cardiacos implantables?

a) Cutibacterium spp.
b) S. aureus.
c) Estafilococos coagulasa-negativos.
d) Bacilos gram-negativos.



337.- **Un paciente portador de un desfibrilador automático implantable desde hace un año se presenta con fiebre de 5 días, eritema y dolor en el bolsillo del generador, pero sin fluctuación, ni datos de fistulización. Se han extraído hemocultivos, se ha realizado un ecocardiograma transesofágico y también un TAC del cuerpo, siendo todo negativo. ¿Qué prueba de imagen solicitaría a continuación para confirmar la sospecha de infección del desfibrilador?**

a) TAC cardiaco.
b) PET-TAC o gammagrafía con leucocitos marcados.
c) Ecografía de partes blandas con punción diagnóstica del bolsillo del generador.
d) Resonancia magnética.

338.- **Un paciente portador de un desfibrilador automático implantable desde hace un año se presenta con fiebre de 5 días, eritema y dolor en el bolsillo del generador, pero sin fluctuación, ni datos de fistulización. Se han extraído hemocultivos, se ha realizado un ecocardiograma transesofágico y también un TAC del cuerpo, siendo todo negativo. En espera de completar el estudio, se ha iniciado tratamiento antibiótico empírico. ¿Cuál es la pauta MENOS indicada para esta persona paciente entre las siguientes opciones?**

a) Daptomicina + gentamicina.
b) Vancomicina.
c) Cloxacilina + ceftriaxona.
d) Vancomicina + ceftriaxona.

339.- **Un paciente portador de un desfibrilador automático implantable desde hace un año se presenta con fiebre de 5 días, eritema y dolor en el bolsillo del generador, pero sin fluctuación, ni datos de fistulización. Se han extraído hemocultivos, se ha realizado un ecocardiograma transesofágico y también un TAC del cuerpo, siendo todo negativo. Finalmente se ha retirado el desfibrilador automático implantable de esta persona paciente y se ha objetivado exudado en escasa cantidad en el bolsillo en el momento de la extracción. Además, se ha confirmado la infección en el cultivo del generador, que ha sido positivo para Enterobacter cloacae. El cultivo y los estudios de biología molecular en los cables han sido negativos. ¿Cuántos días de tratamiento sería recomendable administrar en este caso?**

a) 4 semanas.
b) 21 días.
c) 10-14 días.
d) 7 días.



340.- Un paciente portador de un desfibrilador automático implantable desde hace un año se presenta con fiebre de 5 días, eritema y dolor en el bolsillo del generador, pero sin fluctuación, ni datos de fistulización. Se han extraído hemocultivos, se ha realizado un ecocardiograma transesofágico y también un TAC del cuerpo, siendo todo negativo. Finalmente se ha retirado el desfibrilador automático implantable de esta persona paciente y se ha objetivado exudado en escasa cantidad en el bolsillo en el momento de la extracción. Además, se ha confirmado la infección en el cultivo del generador, que ha sido positivo para Enterobacter cloacae. El cultivo y los estudios de biología molecular en los cables han sido negativos. En este caso, ¿cuánto tiempo sería recomendable esperar desde la extracción del desfibrilador antiguo para poder implantar un nuevo dispositivo en el lado contralateral?

a) Nada. Se puede implantar inmediatamente.
b) 3 días.
c) 7 días.
d) 14 días.

341.- ¿Cuál de las siguientes es la vía de adquisición de la cisticercosis humana?

a) Fecal-oral por ingesta de huevos de Taenia solium.
b) Fecal-oral por ingesta de huevos de Taenia saginata.
c) Fecal-oral por ingesta de larvas de Taenia solium.
d) Fecal-oral por ingesta de larvas de Taenia saginata.

342.- ¿En cuál de las siguientes afectaciones por neurocisticercosis estaría indicado administrar tratamiento antihelmíntico, con o sin medidas adicionales?

a) Afectación parenquimatosa multiquística.
b) Quiste intraocular.
c) Neurocisticercosis encefalítica diseminada.
d) Quiste parenquimatoso calcificado.

343.- Señale la relación ERRÓNEA entre los siguientes protozoos y vías de transmisión al ser humano:

a) Naegleria – agua dulce.
b) Cryptosporidium – fecal-oral.
c) Trypanosoma brucei – mosca Glossina.
d) Babesia – flebotomo.

344.- A un varón de 50 años inmunocompetente que regresa de un viaje a la India con diarrea aguda sanguinolenta se le ha realizado un estudio de heces. ¿Cuál de los siguientes protozoos identificados por PCR será el causante de su cuadro clínico con mayor probabilidad?

a) Entamoeba dispar.
b) Entamoeba bangladeshi.
c) Entamoeba moshkovskii.



d) Entamoeba histolytica.

345.- ¿Cuál es la forma de presentación más frecuente de la infección humana por Entamoeba histolytica?

a) Absceso hepático.
b) Disentería.
c) Diarrea sin disentería.
d) Portador asintomático.

346.- ¿Cuál se considera el tratamiento de elección de la malaria grave por P. falciparum en el primer trimestre del embarazo?

a) Artesunato parenteral.
b) Artemeter intramuscular.
c) Quinina + doxiciclina intravenosas.
d) Quinina + clindamicina intravenosas.

347.- Caminar descalzo sobre tierra constituye un factor de riesgo para adquirir las siguientes infecciones por helmintos, EXCEPTO una:

a) Ancylostoma duodenale.
b) Strongyloides stercolaris.
c) Ascaris lumbricoides.
d) Necator americanus.

348.- ¿Frente a cuál de las siguientes infestaciones por trematodos NO es praziquantel el tratamiento de elección?

a) Schistosoma mansoni.
b) Fasciola hepática.
c) Clonorchis sinensis.
d) Paragonimus westermani.

349.- La estrongiloidiasis se diferencia de la infestación por otros nematodos en todas las siguientes características SALVO en una, que también es común a otros nematodos. Señálela:

a) La infección puede persistir en el ser humano durante toda la vida, debido al mecanismo de autoinfestación.
b) Las larvas de S. stercolaris atraviesan la piel, alcanzan el torrente circulatorio, migran al pulmón, ascienden por la tráquea y son deglutidas accediendo al tubo digestivo.
c) El tratamiento de elección es ivermectina.
d) En el diagnóstico de la infestación crónica se utiliza la serología.



350.- El tratamiento de la mucormicosis se basa en diagnóstico precoz, resección quirúrgica y medidas adyuvantes, entre las cuales NO se encuentra:

a) Corrección de la hiperglucemia y de la cetoacidosis en diabéticos.
b) Reducción de dosis en pacientes con corticoterapia.
c) Transfusión de neutrófilos en neutropenias prolongadas.
d) Todas las anteriores son ciertas.

351.- Señale cuál de los siguientes antifúngicos NO tiene actividad frente a los hongos mucorales:

a) Posaconazol.
b) Anfotericina B liposomal.
c) Anidulafungina.
d) Isavuconazol.

352.- En una persona paciente no neutropénica con candidemia por una cepa sensible a azoles, en la que se ha controlado el foco y clínicamente estable, ¿qué requisito debe cumplirse para desescalar y secuenciar el tratamiento de una equinocandina a fluconazol oral?

a) Haber completado 7 días de tratamiento intravenoso.
b) Que haya descendido el (1→3)-β-D-glucano por debajo del punto de corte de positividad.
c) El aclaramiento de la candidemia.
d) Ninguno de los anteriores.

353.- Señale la respuesta CORRECTA sobre el manejo clínico de la candidemia en la actualidad:

a) En ausencia de complicaciones, hay consenso en que la duración del tratamiento antifúngico sea de 14 días desde el inicio de la candidemia.
b) Se puede obviar la realización del fondo de ojo en pacientes inmunocompetentes capaces de expresar su sintomatología, sin síntomas oculares y sin candidemia persistente.
c) En pacientes neutropénicos, se recomienda realizar el fondo de ojo en la primera semana desde el inicio de la candidemia.
d) Todas las respuestas anteriores son falsas.

354.- Señale la afirmación FALSA sobre flucitosina:

a) Es un análogo de la pirimidina y actúa mediante la inhibición de la síntesis proteica.
b) Su uso se limita prácticamente a algunas infecciones invasivas por hongos filamentosos.
c) Se utiliza en combinación, principalmente con anfotericina B o azoles, debido al riesgo de desarrollo de resistencias.
d) Se absorbe bien por vía oral, se elimina mediante excreción renal y difunde bien a líquido cefalorraquídeo, orina y otros líquidos corporales.

355.- **¿Cuál se considera el tratamiento de primera línea en la infección invasiva por Lomentospora prolificans (antes Scedosporium prolificans)?**

a) Voriconazol en monoterapia.
b) Anfotericina B liposomal a dosis alta (5-10 mg/kg) más posaconazol.
c) Terapia combinada basada en voriconazol más terbinafina.
d) Isavuconazol asociado a una equinocandina.

356.- **Señale la estrategia diagnóstica más CORRECTA ante la sospecha de aspergilosis pulmonar en pacientes oncológicos no neutropénicos, de cara a evitar la biopsia para estudio anatomopatológico:**

a) TAC pulmonar y antígeno galactomanano en suero.
b) TAC pulmonar y broncoscopia con antígeno galactomanano en lavado broncoalveolar.
c) TAC pulmonar, broncoscopia con antígeno galactomanano en lavado broncoalveolar y antígeno galactomanano en suero.
d) TAC pulmonar, broncoscopia con antígeno galactomanano en lavado broncoalveolar, antígeno galactomanano en suero y (1→3)-β-D-glucano en suero.

357.- **Señale la afirmación CORRECTA respecto a la profilaxis, diagnóstico y tratamiento de la neumonía por P. jiroveci:**

a) Aunque no es específico, el (1→3)-β-D-glucano plasmático suele estar elevado y debe hacer sospechar el diagnóstico.
b) En pacientes no VIH, el recuento de CD4 <200 células/mm3 no constituye un factor de riesgo para su desarrollo.
c) En pacientes no VIH, la incidencia de neumonía por P. jiroveci está en descenso.
d) En pacientes con infección por VIH, el primer episodio suele ser más grave que las recidivas y, por lo tanto, factor de mal pronóstico.

358.- **Señale cuál de las siguientes levaduras es intrínsecamente resistente a anfotericina B:**

a) Candida krusei.
b) Candida glabrata.
c) Candida parapsilosis.
d) Candida lusitaniae.

359.- **Un paciente varón de 65 años con bacteremia por Escherichia coli productora de BLEE de origen abdominal presenta shock séptico y una albúmina sérica de 2.0 g/dL. ¿Cuál es el tratamiento de elección según las recomendaciones actuales?**

a) Ertapenem 1 g intravenoso cada 24 horas.
b) Meropenem 2 g intravenoso cada 8 horas en infusión extendida.
c) Piperacilina-tazobactam 4,5 g intravenoso cada 6 horas en infusión estándar.
d) Cefepima 2 g intravenoso cada 8 horas en infusión extendida.



360.- Tras una infección de una derivación o shunt de LCR por bacilos gramnegativos en la que se ha retirado la totalidad de la derivación y se ha dejado un drenaje ventricular externo, ¿qué periodo de tiempo se recomienda que transcurra antes de proceder al reimplante de un nuevo sistema definitivo?

a) Tres días consecutivos con cultivos de LCR negativos.
b) Diez días tras la obtención del primer cultivo de LCR negativo.
c) Tres semanas de tratamiento antibiótico adecuado.
d) Que haya permanecido 48 horas sin fiebre.

361.- Señale la respuesta CORRECTA respecto a la sinusitis aguda:

a) Staphylococcus es la causa más frecuente de sinusitis aguda.
b) La sobreinfección bacteriana tras una infección víral, es más frecuente en personas adultas que en niños/as.
c) La mayoría de las complicaciones de la sinusitis son consecuencia de la infección de los senos maxilares.
d) El tratamiento de elección en personas adultas es amoxicilina con o sin ácido clavulánico.

362.- Señale qué bacteria NO suele ser causa de sobreinfección en pacientes con gripe:

a) Streptococcus pneumoniae.
b) Staphylococcus aureus.
c) Haemophilus influenzae.
d) Klebsiella pneumoniae.

363.- Varón de 85 años, con hipertensión arterial e insuficiencia cardiaca. No ha recibido tratamiento antimicrobiano, ni ha estado hospitalizado recientemente. Acude al Servicio de Urgencias por presentar fiebre, 38,5 °C, con tos, y expectoración purulenta de tres días de evolución. En la exploración física está confuso y mal perfundido. La presión arterial es de 95/40 mm Hg, la frecuencia cardíaca de 92 lpm y la respiratoria de 28 rpm. SatO2 87 % con aire ambiente. Auscultación pulmonar con crepitantes en el campo inferior izquierdo. ¿Cuál de las siguientes respuestas es CORRECTA?

a) Indicar tratamiento antibiótico inmediato con piperacilina-tazobactam.
b) Indicar tratamiento antibiótico inmediato con ceftriaxona y azitromicina.
c) Indicar tratamiento antibiótico inmediato con meropenem más amikacina.
d) No está indicado la toma de muestras microbiológicas por la escasa rentabilidad diagnóstica en casos de neumonía y la gravedad del paciente.

364.- ¿En cuál de las siguientes personas pacientes está indicado el tratamiento en monoterapia con azitromicina?

a) En paciente de 65 años con neumonía neumocócica, CURB 65=1, alérgico a betalactámicos.
b) En paciente joven sin enfermedades subyacentes con neumonía de características atípicas, CURB65 =0 y PCR de virus respiratorios negativa.



c) En paciente con neumonía y fibrosis quística.
d) En paciente con infección por el VIH avanzada sin tratamiento antiviral y con neumonía de curso subagudo.

365.- Varón de 27 años, sin antecedentes patológicos que consulta el día 31 de julio por fiebre elevada de 8 días de evolución y epistaxis en los dos últimos días, sin lesiones exantemáticas cutáneas. La fiebre se inició una semana después de una ruta por la comarca del Bierzo (León), en la que sufrió varias picaduras sin poder identificar el insecto causante de las mismas. En la analítica destaca la cifra de 35.000 plaquetas/mm3. ¿Cuál es el diagnóstico más probable en este paciente?

a) Fiebre hemorrágica de Crimea-Congo.
b) Fiebre del Nilo Occidental.
c) Infección por el virus del Zika.
d) Infección por el virus Chikungunya.

366.- Sobre la varicela, indique la respuesta CORRECTA:

a) En los/as niños/as, la localización extracutánea más frecuente es la neumonía.
b) El ser humano es el único reservorio conocido del virus varicela zoster.
c) La ataxia cerebelosa aguda aparece generalmente antes de la aparición del exantema.
d) El virus que la produce es un virus ADN monocatenario que tras la primoinfección queda latente en los ganglios sensitivos.

367.- Acerca de la meningitis por virus herpes simple, es CIERTO que:

a) Es excepcional que se resuelva espontáneamente.
b) Suele presentarse en combinación con una infección genital primaria por virus herpes simple.
c) Son frecuentes las secuelas neurológicas.
d) Es característico que en personas adultas curse con pleocitosis polimorfonuclear en líquido cefalorraquídeo.

368.- ¿Qué manifestaciones clínicas esperaría encontrar en una mujer de 48 años, previamente sana, con una infección por parvovirus B19?

a) Síndrome febril con artralgias.
b) Anemia crónica con reticulocitopenia.
c) Hepatitis.
d) Aplasia eritroide pura.

369.- En el caso de una infección de órgano por virus herpes simple resistente a Aciclovir, ¿qué tratamiento antivírico elegiría?

a) Valganciclovir vía intravenosa.
b) Foscarnet vía intravenosa.

c) Baloxavir vía intravenosa.
d) Imiquimod vía intravenosa.

370.- Mujer de 45 años con leucemia aguda en tratamiento con quimioterapia. Comienza con fiebre, tos y expectoración hemoptoica. Inició tratamiento con cefepima iv. a pesar de lo cual sigue con fiebre. El recuento de neutrófilos es de 50/ml, En la TAC de tórax se observan nódulos pulmonares con signo del halo. ¿Cuál es el diagnóstico de sospecha más probable?

a) Aspergilosis pulmonar invasiva.
b) Neumonía por Pneumocystis jirovecii.
c) Candidiasis diseminada.
d) Nocardiosis pulmonar.

371.- Mujer de 20 años esplenectomizada tras un traumatismo abdominal. A los dos meses comienza con fiebre elevada y deterioro del estado general de forma brusca. Al llegar a urgencias la paciente está hipotensa y mal perfundida. ¿Cuál cree que es la etiología más probable del cuadro que presenta la paciente?

a) Bacteriemia neumocócica debido a un déficit de la inmunidad humoral.
b) Bacteriemia por Pseudomonas aeruginosa secundaria a un déficit de la inmunidad innata.
c) Infección fúngica invasora secundaria un déficit de la inmunidad adaptativa celular.
d) Bacteriemia estafilocócica secundaria a un déficit de la inmunidad humoral.

372.- ¿Cuál de los siguientes virus ocasiona cistitis hemorrágica en los receptores de trasplante alogénico?

a) Adenovirus.
b) Virus herpes simplex tipo 2.
c) Virus Epstein Barr.
d) Citomegalovirus.

373.- Persona paciente de 35 años, receptora de un injerto hepático de cadáver hace 15 días. Consulta por dolor centrotorácico al tragar. Se realiza una endoscopia oral que muestra úlceras esofágicas. Señale cuál de las siguientes es la etiología más probable de esta infección:

a) Infección por citomegalovirus.
b) Infección por adenovirus.
c) Infección por virus herpes simple.
d) Infección por virus BK.



374.- Sobre la profilaxis antifúngica, en general, es FALSO que:

a) Está indicada en pacientes que reciben quimioterapia de inducción contra la leucemia mieloide aguda.
b) Está indicada en pacientes con síndromes mielodisplásicos con tratamiento de intensidad alta.
c) Está indicada en pacientes con enfermedad granulomatosa crónica.
d) Itraconazol es el antifúngico de elección en pacientes con leucemia mieloide aguda.

375.- ¿Cuál de las siguientes vacunas está específicamente recomendada antes de una esplenectomía electiva en una persona adulta?

a) Vacuna antitetánica.
b) Vacuna frente Haemophilus influenzae B.
c) Vacuna de la fiebre tifoidea.
d) Vacuna frente a la varicela.

376.- A las personas adultas que no están vacunadas frente al tétanos se les recomienda administrar:

a) Dos dosis de vacuna tétanos-difteria (Td) como primovacunación y una dosis de recuerdo a los 10 años.
b) Tres dosis de vacuna tétanos-difteria (Td) como primovacunación y dos dosis de recuerdo, con un intervalo de 10 años entre ellas, hasta completar 5 dosis.
c) Tres dosis de vacuna tétanos-difteria (Td).
d) No es necesario vacunar rutinariamente frente al tétanos a personas adultas no vacunadas, a no ser que exista una herida de riesgo.

377.- Indique qué vacuna estará recomendada durante el embarazo:

a) Vacuna frente a la varicela.
b) Vacuna triple vírica.
c) Vacuna neumocócica 23 valente.
d) Vacuna frente a la gripe.

378.- En relación con la indicación de la vacuna frente a la tosferina en las embarazadas es CIERTO que:

a) Se recomienda el uso de la vacuna combinada, de baja carga antigénica, frente a difteria, tétanos y tosferina (dTpa).
b) El periodo de vacunación preferente es entre la semana 8 y 12 de gestación.
c) En pacientes previamente inmunizadas no está indicado su uso.
d) La vacuna está indicada sólo en el primer embarazo.



379.- Señale la respuesta FALSA:

a) Las vacunas con antígenos proteicos suelen generar una respuesta inmunitaria dependiente de los linfocitos T.
b) La unión covalente de los polisacáridos capsulares a una proteína transportadora condiciona que deje de ser un antígeno independiente de los linfocitos T para ser dependiente de éstos.
c) Las vacunas de polisacáridos capsulares bacterianos purificados provocan una respuesta inmunitaria independiente de los linfocitos T.
d) La vacuna frente a neumococo 23 valente induce una respuesta dependiente de los linfocitos T.

380.- Paciente de 32 años que refiere dolor anorrectal con sangrado, secreción muco-purulenta, tenesmo, diarrea y febrícula de 6 semanas de evolución. Ha sido diagnosticado mediante biopsia de enfermedad de Crohn, aunque sin respuesta a los tratamientos habituales de esta enfermedad. Una prueba de amplificación de ácidos nucleicos revela la presencia de Chlamydia trachomatis y una PCR específica la serovariedad L2. ¿Cuál es el tratamiento de elección?

a) Azitromicina 1 g, dosis única.
b) Doxiciclina 100 mg/24 h durante 7 días.
c) Doxiciclina 100 mg/12 durante 21 días.
d) Levofloxacino 500 mg/24 h durante 7 días.

381.- Varón de 28 años, que tiene sexo con hombres, consulta por dolor y tenesmo rectal con secreción anal muco-sanguinolenta, de tres días de evolución, siete días después de una penetración anal sin preservativo. ¿Cuál es la prueba de elección para el diagnóstico etiológico?

a) Cultivo de exudado rectal.
b) Pruebas de amplificación de ácidos nucleicos para Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis y Mycoplasma genitalium del exudado rectal.
c) Rectosigmoidoscopia con toma de muestra para cultivo de N. gonorrhoeae.
d) No hacen falta test diagnósticos ya que ceftriaxona y doxiciclina son muy eficaces.

382.- Varón de 32 años con síntomas de uretritis que, en el estudio microscópico del exudado uretral, presenta diplococos gramnegativos intracelulares. ¿Cuál es el tratamiento de elección?

a) Azitromicina 1 g/vo. en dosis única.
b) Cefixima 800 mg/vo. en dosis única.
c) Ceftriaxona 500 mg/im. en dosis única.
d) Levofloxacino 500 mg/vo. en dosis única.



383.- Mujer de 28 años que refiere múltiples contactos sexuales en los últimos meses. Presenta secreción vaginal muco-pulenta en las dos últimas semanas. Las pruebas de amplificación de ácidos nucleicos para Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis y Mycoplasma genitalium del exudado cervical son positivas únicamente para N. gonorrhoeae. ¿Cuál cree que es el tratamiento más apropiado?

a) Azitromicina 1 g, dosis única.
b) Doxiciclina 100 mg/24 h durante 7 días.
c) Ciprofloxacino 500 mg/12 durante 7 días.
d) Ceftriaxona 500 mg i.m. dosis única.

384.- ¿Cómo se define el fracaso serológico al tratamiento de la sífilis precoz? Señale la respuesta CORRECTA:

a) No reducir por 4 veces, los títulos de anticuerpos no treponémicos en los primeros 6 meses tras el tratamiento.
b) No reducir por 4 veces los títulos de anticuerpos no treponémicos a los 6-12 meses del tratamiento.
c) No reducir por 2 veces los títulos de anticuerpos no treponémicos en los primeros 6 meses tras el tratamiento.
d) No reducir por 2 veces los títulos de anticuerpos no treponémicos a los 12 meses del tratamiento.

385.- En una persona paciente con infección por el VIH-1 en tratamiento con darunavir/cobicistat y aumento de LDL-colesterol que precisa estatinas. ¿Cuál de las siguientes está contraindicada?

a) Pitavastatina.
b) Simvastatina.
c) Pravastatina.
d) Fluvastatina.

386.- Varón con infección por el VIH en tratamiento antirretroviral, con carga viral indetectable y recuento de linfocitos CD4/µl de 440, diagnosticado de neurosífilis ¿Cuál es el tratamiento de elección en este paciente?

a) Penicilina sódica 4 millones IU iv. cada 4 horas durante 14 días.
b) Ceftriaxona 1 gr iv. cada 24 horas durante 14 días.
c) Cefixima 800 vo. cada 24 horas durante 14 días.
d) Si el paciente es alérgico a la penicilina, ciprofloxacino 200 mg vo. cada 12 horas durante 14 días.



387.- Paciente con infección por el VIH con diagnóstico tardío (CD4/µl: 89 y carga viral de 180.000 copias/ml) con neumonía leve- moderada por Pneumocystis jirovecii que al tercer día de tratamiento con cotrimoxazol presenta un exantema generalizado grave atribuible a este fármaco. Señale cuál NO es un tratamiento alternativo:

a) Atovacuona.
b) Dapsona más trimetoprim.
c) Pentamidina aerosolizada.
d) Primaquina más clindamicina.

388.- Señale cuál es el tratamiento de elección de la leishmaniasis visceral en una persona paciente con infección VIH y respuesta inmune discordante:

a) Anfotericina B liposomal.
b) Antimonio pentavalente.
c) Antimonio pentavalente más miltefosina.
d) Miltefosina.

389.- Sobre las recomendaciones a las personas viajeras referidas a prevención de la malaria durante el viaje a Guinea Ecuatorial, ¿cuál de las siguientes es FALSA?

a) Alto riesgo en transmisión en todo el país, durante todo el año.
b) Distribución por especies: Plasmodium falciparum (50 %), P. vivax (30 %), P. ovale (5 %), resto 15 %.
c) La resistencia de P. falciparum a cloroquina es mayoritaria.
d) Recomendación de profilaxis combinada con medidas antimosquitos y quimioprofilaxis con atavaquona/proguanil.

390.- ¿Cuál de las siguientes combinaciones de tratamientos antirretrovirales no está recomendada en una mujer con infección VIH, HLA-B57 negativa, que se encuentra en el 2º trimestre de gestación?

a) Darunavir/cobicistat + Tenofovir alafenamida + Emtricitabina.
b) Dolutegravir + Abacavir + Lamivudina.
c) Efavirenz + Tenofovir DF + Lamivudina.
d) Raltegravir + Tenofovir DF + Emtricitabina.

391.- Tiene en la consulta a una paciente con infección VIH y respuesta inmune discordante, con CD4/µl: 150 y carga viral indetectable desde hace tres años, que inició tratamiento antirretroviral y profilaxis primaria con cotrimoxazol frente a Pneumocystis jirovecii. Sobre la profilaxis con cotrimoxazol ¿cuál es la recomendación más adecuada en esta paciente?

a) Mantenerla hasta que los CD4 superen los 250/µl.
b) Mantenerla hasta que lleve al menos 6 meses con CD4 >200 /µl.y siga con carga viral indetectable.
c) Mantenerla indefinidamente, ya que no se espera una mayor recuperación inmune.
d) Suspenderla.



392.- **Varón de 40 años que acude a urgencias por dolor radicular en miembros inferiores, retención urinaria, y debilidad bilateral progresiva con hiporreflexia en ambas piernas, de 72 h de evolución. Entre sus antecedentes destacan un episodio de sífilis secundaria y otro de proctitis gonocócica. En el hemograma tiene linfopenia de 400/µl. La RMI de columna lumbar no muestra alteraciones y la bioquímica del líquido cefalorraquídeo tiene 1.500 leucocitos/µl, de predominio polimorfonuclear, proteínas: 3,5 g/dl y glucosa: 0,45 mg/dl. ¿Cuál es el diagnóstico de sospecha más probable?**

a) Mielitis transversa.
b) Mielopatía vacuolar.
c) Polirradiculitis por citomegalovirus en paciente con infección VIH.
d) Síndrome de Guillain-Barré.

393.- **Varón de 40 años que acude a urgencias por dolor radicular en miembros inferiores, retención urinaria, y debilidad bilateral progresiva con hiporreflexia en ambas piernas, de 72 h de evolución. Entre sus antecedentes destacan un episodio de sífilis secundaria y otro de proctitis gonocócica. En el hemograma tiene linfopenia de 400/µl. La RMI de columna lumbar no muestra alteraciones y la bioquímica del líquido cefalorraquídeo tiene 1.500 leucocitos/µl, de predominio polimorfonuclear, proteínas: 3,5 g/dl y glucosa: 0,45 mg/dl., ¿qué pruebas complementarias solicitaría prioritariamente?**

a) VIH rapid.
b) VIH rapid y antígeno de Criptococcus neoformans en líquido cefalorraquídeo.
c) VIH rapid y PCR para citomegalovirus en líquido cefalorraquídeo.
d) VIH rapid y pruebas reagínicas en líquido cefalorraquídeo.

394.- **Varón de 40 años que acude a urgencias por dolor radicular en miembros inferiores, retención urinaria, y debilidad bilateral progresiva con hiporreflexia en ambas piernas, de 72 h de evolución. Entre sus antecedentes destacan un episodio de sífilis secundaria y otro de proctitis gonocócica. En el hemograma tiene linfopenia de 400/µl. La RMI de columna lumbar no muestra alteraciones y la bioquímica del líquido cefalorraquídeo tiene 1.500 leucocitos/µl, de predominio polimorfonuclear, proteínas: 3,5 g/dl y glucosa: 0,45 mg/dl., ¿qué tratamiento empírico administraría de inmediato?**

a) Dexametasona 8 mg/iv./8 h.
b) Ganciclovir 5 mg/kg/iv./12 h.
c) Penicilina G sódica 4 millones UI/iv./4 h.
d) Tratamiento antirretroviral.

395.- **Para la definición de caso confirmado de tuberculosis se requiere uno de estos criterios.**

a) Aislamiento en cultivo de un microorganismo del complejo Mycobacterium tuberculosis (salvo el bacilo de Calmette-Guérin) en una muestra clínica.
b) Presencia histológica de granulomas junto con baciloscopia positiva.
c) Resultados anatomopatológicos en la necropsia compatibles con tuberculosis.



d) Síntomas compatibles con tuberculosis activa.

396.- ¿Cuál de los siguientes patrones de resistencia NO corresponde a una cepa de Mycobacterium tuberculosis extremadamente resistente (TB-XDR)?

a) Es resistente a isoniazida, rifampicina, una fluorquinolona, linezolid y etambutol.
b) Es resistente a isoniazida, rifampicina, una fluorquinolona y al menos a un fármaco inyectable de segunda línea (amikacina, capreomicina, kanamicina).
c) Es resistente a isoniazida, rifampicina, una fluorquinolona y bedaquilina.
d) Es resistente a isoniazida, rifampicina, una fluorquinolona y linezolid.

397.- En los casos nuevos de tuberculosis pulmonar, la pauta estándar de inicio de tratamiento consiste en:

a) Isoniacida, rifampicina y pirazinamida durante 3 meses.
b) Isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol durante dos meses o hasta tener los resultados de sensibilidad.
c) Isoniacida, rifampicina, pirazinamida y levofloxacino durante 2 meses.
d) En todos los casos debe completarse 2 meses de isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol.

398.- Sobre la malaria por Plasmodium vivax, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

a) La primaquina forma parte del tratamiento.
b) Pueden persistir formas latentes o hipnozoitos.
c) Conviene conocer los niveles de Glucosa-6P-deshidrogenasa.
d) Es la especie que causa la mayoría de los casos de malaria en el África Subsahariana.

399.- ¿Cuál de estas infecciones NO se transmite por picadura de mosquito?

a) Zika.
b) Chikungunya.
c) Dengue.
d) Fiebre hemorrágica de Crimea Congo.

400.- Señale la afirmación INCORRECTA sobre la diarrea de las personas viajeras:

a) Es la complicación infecciosa más frecuente entre las personas de países con nivel alto de desarrollo económico cuando viajan a países con recursos limitados.
b) Cuando la presentación es aguda la causa más frecuente es bacteriana.
c) La mayoría de las personas pacientes requieren coprocultivo.
d) El tratamiento es fundamentalmente sintomático y de rehidratación.

401.- **Un hombre de 30 años, de Donosti, comienza con fiebre, mialgias y tos a las 4 semanas de volver de Tanzania (turismo). El cuadro se acompaña de la aparición lesiones urticariformes en miembros y tronco. Analíticamente destaca una eosinofilia absoluta (1.800 eosinófilos/mm3). Señale la afirmación INCORRECTA:**

a) El diagnóstico de esta entidad en esta fase es fundamentalmente serológico.
b) Es muy importante preguntar por exposición a agua dulce.
c) El tratamiento de elección es praziquantel.
d) No se deben usar esteroides sistémicos hasta una vez completado el tratamiento antiparasitario.

402.- **Señale la respuesta INCORRECTA sobre la proporción de resistencia a los antibióticos en España en cepas de los siguientes microorganismos recuperadas de pacientes con infecciones invasivas (hemocultivos y cultivos de LCR):**

a) La proporción de Escherichia coli resistente a cefalosporinas de tercera generación está entre el 10 y el 15 %.
b) La proporción de Klebsiella pneumoniae resistente a imipenem / meropenem está entre el 5 y el 10 %.
c) La proporción de Staphylococcus aureus resistente a meticilina está entre el 35 y el 40%.
d) La proporción de Enterococcus faecium resistente a vancomicina está entre el 1 y el 3%.

403.- **¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las infecciones de localización quirúrgica es ERRÓNEA?**

a) Anatómicamente se pueden clasificar en infecciones de herida quirúrgica (superficiales y profundas) e infecciones de sitio o espacio quirúrgico.
b) La edad avanzada, la obesidad y la malnutrición, la comorbilidad y el grado de contaminación en la cirugía son algunos de los factores de riesgo más importantes de infección de sitio quirúrgico.
c) La profilaxis antibiótica de la infección de sitio quirúrgico, cuando está indicada debe administrarse dentro de los 60 minutos que preceden a la incisión (y si es posible dentro de los 30 minutos).
d) La profilaxis antibiótica de la infección de sitio quirúrgico debe mantenerse más de 24 horas tras la incisión.

404.- **¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las infecciones de catéteres vasculares es INCORRECTA?**

a) Los microorganismos más frecuentemente implicados son los estafilococos.
b) La ausencia de signos inflamatorios en el punto de inserción excluye la infección.
c) La obtención simultánea de hemocultivos a través de la luz del catéter y de una vena periférica puede ayudar a diagnosticar determinados casos sospechosos.
d) Aunque lo deseable para curar la infección es la retirada del catéter en algunos casos (catéteres de alto valor) se puede plantear su conservación con sellado antibiótico.



405.- Seleccione la opción CORRECTA sobre Clostridioides difficile:

a) Los casos de origen comunitario son excepcionales.
b) La detección rápida de toxina de C. difficile mediante enzimoinmunoanálisis tiene una sensibilidad muy alta (>90 %).
c) El tratamiento de elección en casos leves es metronidazol por vía oral.
d) La principal ventaja de la fidaxomicina sobre vancomicina es que disminuye la probabilidad de recurrencia de enfermedad.

406.- ¿Cuál de las siguientes infecciones es más probable que esté causada por Staphylococcus aureus resistente a meticilina?

a) Celulitis purulenta en ganadero de 35 años sin relación con la asistencia sanitaria.
b) Sepsis urinaria tras retirada de sondaje vesical.
c) Endocarditis infecciosa tras panadizo complicado en paciente diabético de 26 años sin otra relación con la asistencia sanitaria.
d) Neumonía de adquisición comunitaria en una mujer de 58 años que trabaja de administrativa.

407.- Un paciente portador de un dispositivo intracardiaco colocado hace más de un año, tiene una bacteriemia por Staphylococcus aureus, ¿cuál es la probabilidad de que el dispositivo esté infectado?

a) 10-15 %.
b) 30-50 %.
c) 50-70 %.
d) >70 %.

408.- Le avisan de microbiología porque los hemocultivos obtenidos en urgencias son positivos para bacilos gramnegativos ¿Cuál de los siguientes factores hace que la probabilidad de que se trate de Pseudomonas aeruginosa sea mayor?

a) Primer episodio de colangitis en mujer de 68 años.
b) Prostatitis aguda en varón de 78 años sin relación con el medio sanitario.
c) Fiebre sin foco en paciente con debut de leucemia mieloide.
d) Mujer de 64 años con linfedema tras cirugía de cáncer de mama hace 20 años, que acude por celulitis en extremidad superior izquierda.

409.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las infecciones asociadas a catéter urinario es INCORRECTA?

a) El riesgo absoluto de bacteriuria en pacientes sondados aumenta un 3 % por cada día de sondaje.
b) Aunque muchas veces están ausentes, los síntomas de localización más frecuentes son el dolor suprapúbico o en flanco.
c) En personas ancianas portadoras de sonda vesical con síndrome confusional, el urocultivo es una prueba muy específica para el diagnóstico de infección urinaria.



d) El recambio / retirada de la sonda vesical forma parte del tratamiento de muchas infecciones urinarias asociadas a sonda vesical.

410.- ¿Cuál de los siguientes antibióticos es más probable que tenga actividad significativa frente una Pseudomonas aeruginosa productora de VIM?

a) Cefiderocol.
b) Ceftazidima / avibactam.
c) Eravaciclina.
d) Ceftolozano / tazobactam.

411.- ¿Qué cantidad de recursos humanos debe dedicar específicamente a PROA como mínimo un hospital de 500 camas para tener un equipo PROA avanzado según las normas de certificación del Plan Nacional contra la Resistencia a los Antibióticos de España?

a) 0,5 equivalente de Jornada Completa (17 horas/semana) entre el personal integrante del equipo PROA.
b) 1 equivalente de Jornada Completa (35 horas/ semana) entre el personal integrante del equipo PROA.
c) 2 equivalentes de Jornada Completa (70 horas / semana) entre el personal integrante del equipo PROA.
d) No es necesario ninguna dotación específica de RR.HH para la actividad PROA.

412.- ¿Cuál de los siguientes NO es un condicionante para los PROA?

a) Los antibióticos son prescritos por un número reducido de profesionales.
b) Los antibióticos son fármacos de complejos porque a diferencia del resto de fármacos en los que sólo hay interacción entre paciente y fármaco en el caso de los antibióticos hay que tener en cuenta además la interacción con el microorganismo causal y con la microbiota.
c) En ocasiones se puede plantear un conflicto entre el interés individual y el colectivo.
d) La incertidumbre con la que se toman las decisiones antibióticas.

413.- ¿En qué proporción los tratamientos antibióticos prescritos en los hospitales son mejorables?

a) <10 %.
b) 10-30 %.
c) 30-60 %.
d) >80 %.



414.- ¿Cuál de las siguientes asociaciones entre infección que evoluciona favorablemente y duración de la antibioterapia es MENOS correcta, teniendo en cuenta la evidencia generada en ensayos clínicos?

a) Neumonía comunitaria: 5 días.
b) Peritonitis intervenida y con buen control de foco: 4 días.
c) Reagudización de EPOC: 5 días.
d) Neumonía nosocomial: 14 días.

415.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los programas de optimización de tratamiento antibiótico es INCORRECTA?

a) Para mejorar el uso de antibióticos es importante tener en cuentas los aspectos relacionados con el comportamiento de los prescriptores.
b) Es fundamental entender las barreras que se encuentran los prescriptores cuando tienen que tomar y ejecutar las decisiones antibióticas.
c) Las únicas intervenciones PROA que funcionan son las educativas.
d) Uno de los modelos de cambio de comportamiento más utilizados en PROA es el COM-B (Capacidad, Oportunidad y Motivación).

416.- Sobre la infección por Listeria monocytogenes, una de las siguientes es FALSA:

a) La gastroenteritis febril aguda es la manifestación clínica más común.
b) La rombencefalitis es una manifestación característica de la listeriosis invasiva.
c) Los alimentos preparados son la principal causa de los brotes causados por esta bacteria.
d) El desarrollo de resistencias de L. monocytogenes a los antimicrobianos es un problema creciente, por ahora sin repercusión sobre las cefalosporinas que se mantienen activas.

417.- En una persona paciente de 70 años con diagnóstico de endocarditis sobre válvula mitral por fiebre Q, uno de los siguientes NO es un criterio diagnóstico de esta infección:

a) Inmunohistoquímica positiva a Coxiella burnetti en muestras de la válvula mitral.
b) Hemocultivo positivo para C. burnetti.
c) Imagen de verruga sobre la válvula mitral por ecografía.
d) Serología con Ac. IgG de fase I ≥ 1: 6.400.

418.- Para el tratamiento de las infecciones causadas por Stenotrophomonas maltophilia, ¿cuál de los siguientes antibióticos debe ser la última opción?

a) Cefiderocol.
b) Cotrimoxazol.
c) Minociclina.
d) Quinolonas.



419.- ¿Cuál de los siguientes criterios define malaria grave por Plasmodium falciparum según la OMS?

a) Parasitemia del 1% en paciente inmunocompetente.
b) Trombocitopenia inferior a 100.000/microlitro.
c) Fiebre.
d) Alteración del nivel de conciencia o coma.

420.- Una persona viajera presenta malaria por Plasmodium vivax. Tras completar tratamiento y descartarse déficit de G6PD, ¿qué fármaco debe añadirse para prevenir recaídas?

a) Artesunato.
b) Quinina.
c) Primaquina.
d) Doxiciclina.

421.- ¿Cuál de los siguientes cuadros clínicos es más característico de los hantavirus circulantes en Europa y Asia?

a) Síndrome cardiopulmonar fulminante.
b) Fiebre hemorrágica con síndrome renal.
c) Encefalitis necrotizante.
d) Hepatitis fulminante.

422.- Ante la sospecha clínica de una infección aguda por hantavirus, ¿cuál es la prueba diagnóstica más utilizada?

a) Hemocultivo.
b) Serología con anticuerpo Ig M especifico.
c) Coprocultivo.
d) Antígeno urinario.

423.- Respecto al virus Toscana, señale la respuesta FALSA:

a) Causa una enfermedad febril aguda, con cefalea y mialgias.
b) Es un arbovirus transmitido por el mosquito del género phlebotomus.
c) Es una causa frecuente de infecciones en el área de la Toscana y en otras áreas de Europa meridional.
d) Es una infección con una mortalidad alta, que en la mayoría de los casos ocasiona cuadros de meningoencefalitis.



424.- Una persona cooperante desarrolla fiebre, trombocitopenia y edema pulmonar bilateral tras limpiar una cabaña cerrada durante semanas en una zona rural de Argentina ¿Qué dato orienta hacia hantavirus frente a dengue?

a) La fiebre.
b) La trombocitopenia.
c) La exposición a ambiente con posible presencia de roedores.
d) La elevación de transaminasas.

425.- Respecto al tratamiento de la leishmaniasis visceral en pacientes inmunodeprimidos, señale la respuesta CORRECTA:

a) Los antimoniales pentavalentes son siempre el tratamiento de primera línea.
b) La anfotericina B liposomal es el tratamiento de elección.
c) La doxiciclina es el tratamiento recomendado.
d) No existen recaídas tras completar el tratamiento.

426.- Una persona cooperante regresa de Guatemala tras explorar cuevas con abundantes murciélagos. Tres semanas después presenta fiebre, tos seca y adenopatías hiliares bilaterales ¿Cuál es el mecanismo más probable de adquisición de la infección?

a) Inoculación cutánea directa.
b) Inhalación de microconidias presentes en suelos contaminados con excrementos de aves o murciélagos.
c) Picadura de artrópodo.
d) Transmisión persona a persona.

427.- Varón de 50 años, trasplantado hepático hace 7 meses por cirrosis alcohólica. Acude a urgencias por fiebre de 38.5ºC, astenia marcada y diarrea acuosa de varios días de evolución. Analíticamente presenta pancitopenia y elevación moderada de transaminasas. Esta en tratamiento inmusupresor con prednisona, tacrolimus y micofenolato mofetilo, y ha recibido profilaxis con valganciclovir que finalizó 15 días antes, ¿cuál es el diagnostico más probable y el tratamiento más adecuado?

a) Rechazo agudo del injerto; aumentar inmunosupresión y realizar biopsia hepática urgente.
b) Infección por CMV, iniciar tratamiento con ganciclovir iv y reducir inmunosupresión si es posible.
c) Infección bacteriana intestinal; iniciar ceftriaxona y mantener inmunosupresión.
d) Toxicidad por tacrolimus, suspenderlo y ajustar dosis de micofenolato.



428.- Varón de 40 años, trasplantado renal hace 7 meses. Acude a revisión, presentando aumento progresivo de creatinina en 3 semanas, sin fiebre ni clínica urinaria. Refiere buena adherencia a tratamiento inmunosupresor. En la analítica de orina destaca leve proteinuria y hematíes escasos. Se solicita PCR para BK virus en sangre y orina, que resulta positiva con alta carga viral. Se realiza biopsia de injerto con hallazgo de nefropatía tubulointersticial con inclusiones virales en células tubulares. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Aumentar la inmunosupresión para evitar el rechazo.
b) Iniciar aciclovir intravenoso de forma inmediata.
c) Reducir inmunosupresión como medida principal de tratamiento.
d) Realizar hemodiálisis urgente y suspender trasplante.

429.- En una persona paciente con leucemia aguda en fase de aplasia posquimioterpia que presenta fiebre persistente tras 5 días de antibioticoterapia de amplio espectro, ¿cuál es la sospecha más probable y la actitud CORRECTA?

a) Infección por virus respiratorio sincitial: iniciar ribavirina inhalada.
b) Infección fúngica invasiva, añadir antifúngico empírico.
c) Rechazo medular autoinmune; suspender antibiótico.
d) Infección por CMV; iniciar aciclovir.

430.- Una persona paciente es diagnosticada de infección por VIH y tuberculosis pulmonar activa. Presenta 35 CD4/microl. Se inicia tratamiento tuberculostatico con rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol. ¿Cuál es la actitud más adecuada respecto al tratamiento antiretroviral (TAR)?

a) Retrasar el TAR hasta finalizar los 6 meses de tratamiento antituberculoso.
b) Iniciar TAR en las primeras 2 semanas tras comenzar el tratamiento tuberculostático.
c) Esperar a la negativización microbiológica del esputo para iniciar TAR.
d) No iniciar TAR por el elevado riesgo de IRIS.

431.- Respecto a la infección por Toxoplasma en paciente VIH, diga la respuesta que es FALSA:

a) La ausencia de IgG anti-toxoplasma positiva no descarta completamente el diagnóstico, aunque lo hace improbable.
b) El principal síndrome clínico es la encefalitis focal.
c) La PCR en líquido cefalorraquídeo tiene alta especificad.
d) En los casos de encefalitis focal por Toxoplasma se añadirá corticoterapia y anticomiciales al tratamiento antiparasitario.



432.- Varón de 38 años que consulta por disnea progresiva de 3 semanas de evolución, tos seca y fiebre. Refiere pérdida de peso en los últimos meses. A la exploración presenta taquipnea y una saturación de oxígeno del 89% basal. La radiografía de tórax muestra infiltrados bilaterales intersticiales difusos. La gasometría arterial evidencia una PaO2 de 62 mmHg. La serología de VIH resulta positiva y el recuento de CD4 es de 90 cel /microl. ¿Cuál es el tratamiento inicial más adecuado?

a) Levofloxacino en monoterapia.
b) Isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol.
c) Trimetoprima-sulfametoxazol asociado a corticoides.
d) Fluconazol.

433.- Respecto a la infección por Trypanosoma cruzi en VIH, señale la FALSA:

a) Las reactivaciones suelen ocurrir en pacientes con recuentos de linfocitos CD4+ <200 células/µl.
b) En la infección crónica una PCR negativa excluye la infección.
c) Se considera la terapia antirretroviral como la mejor opción en la prevención de reactivaciones en personas pacientes coinfectadas.
d) Cuando los CD4 <200 se puede presentar como afectación del SNC en forma de lesiones ocupantes de espacio (chagomas) y/o meningoencefalitis, miocarditis, arritmias e insuficiencia cardiaca.

434.- En una persona receptora de trasplante cardiaco, ¿qué microorganismo es causa frecuente de infección pulmonar oportunista con nódulos cavitados?

a) Streptococcus pneumoniae.
b) Nocardia.
c) Influenza A.
d) Rhinovirus.

435.- Tras la administración de inmunoglobulinas, ¿qué vacuna puede ver reducida su eficacia y requerir un intervalo especifico antes de administrarse?

a) Antigripal inactivada.
b) Antineumocócica conjugada.
c) Triple vírica.
d) Hepatitis b.

436.- Respecto a la vacunación del VHB, señale la FALSA:

a) Las personas que desarrollan una respuesta inmunitaria tras la vacunación (>10mUI/ml), están mayoritariamente protegidas, aunque con el tiempo los anti-HBs caigan por debajo de ese nivel, ya que desarrollan respuesta inmune anamnésica en caso de nuevo contacto con el virus.
b) En personas pacientes inmunodeprimidas no es necesario realizar serología para conocer si una persona es respondedora o no.
c) La pauta estándar de vacunación frente a hepatitis B es de 3 dosis.



d) En personas en diálisis o prediálisis, VIH inmunodeprimidos, TPH postrasplante y pretrasplante de órganos sólido en personas seronegativas o no vacunadas, se utilizará una pauta estándar con vacunas de doble carga antigénica (ej HBVaxpro 40) o adyuvadas (Fendrix®).

437.- En la población VIH adulta, señale la FALSA respecto a la vacunación:

a) Las vacunas de microorganismos vivos pueden dar lugar a infección diseminada en caso de inmunosupresión importante, por lo que están contraindicadas en pacientes con T-CD4 <200.
b) Las vacunas inactivadas son seguras en cualquier situación inmunológica.
c) La respuesta vacunal es independiente a las cifras de CD4.
d) Respecto a la vacunación frente a hepatitis A: Si >350 CD4/mm³ vacunación con 2 dosis: 0-6. Si <350 CD4/mm³ pauta con 3 dosis: 0-1-6 meses.

438.- Respecto a la administración de inmunoglobulinas y vacunas, señale la respuesta CORRECTA:

a) Las vacunas de virus vivos atenuados pueden administrarse en cualquier momento tras recibir inmunoglobulinas.
b) Tras la administración de inmunoglobulina, puede ser necesario retrasar la administración de vacunas de virus vivos atenuados durante varios meses.
c) Las inmunoglobulinas interfieren con todas las vacunas inactivadas.
d) No existe interacción entre inmunoglobulinas y vacunas.

439.- Respecto a la vacunación frente a la viruela del mono (mpox), señale la respuesta CORRECTA:

a) Está indicada de forma sistemática para toda la población adulta.
b) Se recomienda únicamente en personas viajeras internacionales.
c) Está indicada en persona con prácticas sexuales de riesgo y otros grupos con mayor probabilidad de exposición al virus.
d) Esta contraindica en la profilaxis posexposición.

440.- ¿Cuál de los siguientes hallazgos es considerado prácticamente patognomónico del sarampión en fase prodrómica?

a) Lengua aframbuesada.
b) Manchas de Koplik.
c) Exantema vesicular.
d) Adenopatías occipitales.

441.- ¿Qué característica clínica ayuda a diferenciar Monkeypox de varicela?

a) Fiebre.
b) La aparición de lesiones cutáneas en tronco.
c) La presencia de linfadenopatía y lesiones cutáneas en el mismo estadio evolutivo.



d) Prurito.

442.- ¿Por qué al contraer el sarampión se puede presentar un aumento de infecciones por otros microorganismos después de recuperarse?

a) Porque el virus destruye permanentemente la medula ósea.
b) Porque el virus induce una "amnesia inmunológica", eliminando parte de la memoria inmunitaria adquirida previamente.
c) Porque el virus permanece latente en los pulmones.
d) Porque produce una disminución permanente de anticuerpos.

443.- Respecto a la infección por el virus del Nilo occidental (West Nile virus), señale la respuesta CORRECTA:

a) La mayoría de las personas infectadas desarrollan meningoencefalitis grave.
b) El ser humano actúa como huésped amplificador principal de la transmisión.
c) La transmisión ocurre principalmente por la picadura de mosquito del género Culex.
d) Existe una vacuna de uso generalizado y recomendada para la población.

444.- Respecto a la fiebre hemorrágica de Crimea- Congo, señale la respuesta CORRECTA:

a) Esta causada por un flavivirus transmitido por mosquitos.
b) La principal vía de trasmisión es el consumo de agua contaminada.
c) Las garrapatas del género hyalomma son los principales vectores.
d) El cuadro clínico rara vez produce alteraciones hemorrágicas.

445.- ¿Cúal de los siguientes hallazgos clínicos es sugestivo de enfermedad neuroinvasiva por virus del Nilo Occidental?

a) Parálisis fláccida aguda similar a la poliomielitis.
b) Exantema vesicular generalizado.
c) Adenopatías cervicales.
d) Rigidez de nuca sin fiebre.

446.- En relación con los programas de optimización del uso de antibióticos (PROA) en el ámbito hospitalario, según los documentos consenso nacionales, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) El PROA es responsabilidad exclusiva del servicio de microbiología.
b) Su objetivo principal es reducir el coste farmacéutico.
c) Debe estar liderado por un equipo multidisciplinar e incluir monitorización de resultados clínicos y consumo de antimicrobianos.
d) Solo se aplica en las unidades de críticos y no en hospitalización convencional.

447.- **¿Cuál de los siguientes indicadores refleja mejor calidad de prescripción antibiótica dentro de un PROA?**

a) DDD (dosis diaria definida) por 100 estancias.
b) Coste por paciente /día.
c) Porcentaje de tratamiento adecuados a guía local.
d) Número total de antibióticos prescrito.

448.- **¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?**

a) Las intervenciones restrictivas son siempre superiores a las educativas.
b) Los programas PROA se basan exclusivamente en medidas restrictivas.
c) La restricción puede reducir uso a corto plazo, pero no siempre mejora adecuación.
d) Las intervenciones educativas no tienen impacto demostrado.

449.- **En estudios observaciones de infecciones nosocomiale, ¿cuál es el sesgo más importante al comparar mortalidad entre dos antibióticos?**

a) Sesgo de publicación.
b) Sesgo de confusión por indicación.
c) Sesgo de recuerdo.
d) Sesgo de selección aleatoria.

450.- **Un hospital implementa un PROA y aumenta el coste farmacéutico a corto plazo, pero reduce la mortalidad por sepsis, ¿cuál es la interpretación CORRECTA?**

a) El PROA es ineficiente.
b) Lo importante es el coste inmediato.
c) Puede ser coste-efectivo a largo plazo.
d) Debe suspenderse.

EJERCICIO PRÁCTICO: CASOS CLÍNICOS

CASO CLÍNICO 1 PREGUNTAS 451-455

Mujer de 67 años con fiebre postcolecistectomía.

Antecedentes personales: Diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales. Infecciones urinarias de vías bajas de repetición, tres episodios en los últimos tres meses, por las que ha recibido tratamientos con fosfomicina-trometamol, y ciprofloxacino. En el último episodio se aisló Klebsiella pneumoniae productora de beta-lactamasa de espectro extendido en el cultivo de orina. Colelitiasis con varios episodios de dolor cólico biliar, el último hace tres meses. No alergias a medicamentos. Vacunada de la gripe y de la COVID-19.

Enfermedad actual: Ingresó para cirugía laparoscópica reglada de colelitiasis, que



se llevó a cabo sin incidencias y se marchó a casa el mismo día. Realizó profilaxis con una dosis pre-operatoria de amoxicilina-clavulánico. Cuatro días más tarde comienza con fiebre elevada y malestar general, por lo que acude a urgencias e ingresa en el Servicio de Cirugía General.

Usted es el personal clínico experto en enfermedades infecciosas responsable de las interconsultas de Cirugía General y del PROA en este servicio. El/la cirujano/a A, le llama al busca con carácter urgente para consultarle el caso.

Exploración física: Consciente y orientada, temperatura 38,4 ºC. Presión arterial: 115/60 mmHg. Pulso 114 lpm. Respiraciones: 24 por minuto. No ictericia. Mucosa lingual seca. Auscultación cardiorespiratoria normal. Abdomen distendido, con escasos ruidos intestinales y algunos metálicos, sensible a la palpación, con defensa. Orificios de entrada de la laparoscopia con eritema, sin pus.

Pruebas complementarias: Hemograma: Hemoglobina 9 g/dl, 25.400 leucocitos/µL (89 % neutrófilos), 450.000 plaquetas/µL. Coagulación normal. Creatinina 2,1 mg/dl (filtrado glomerular estimado, 25 ml/min). Bioquímica hepática normal. Proteína C reactiva 145 mg/L. Resto de bioquímica urgente normal.

451.- De las siguientes, ¿cuál es la primera actuación que hay que realizar en esta paciente?

a) Administración de corticoides.
b) Reposición de volumen.
c) Toma de muestras para el diagnóstico microbiológico.
d) Tratamiento antimicrobiano empírico.

452.- ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Absceso intraabdominal.
b) Colangitis aguda.
c) Infección de la herida quirúrgica.
d) Peritonitis secundaria.

453.- En este momento, ¿cuál es la prueba diagnóstica de elección?

a) Colangio-resonancia magnética.
b) Ecografía abdominal.
c) Radiografía simple de abdomen.
d) TAC de abdomen.

454.- Entre los siguientes, ¿cuál es el tratamiento antimicrobiano empírico más apropiado?

a) Ampicilina + metronidazol.
b) Ceftriaxona + ampicilina.

c) Ciprofloxacino + metronidazol.
d) Meropenem.

455.- El personal de microbiología le informa que en la muestra tomada por punción percutánea se aisla Klebsiella pneumoniae productora de una carbapenemasa tipo KPC. De los siguientes antimicrobianos, ¿cuál es el de elección?

a) Ceftazidima-avibactam.
b) Ceftolozano-tazobactam.
c) Meropenem a doble dosis.
d) Aztreonam + gentamicina.

CASO CLÍNICO 2 PREGUNTAS 456-460

Mujer de 39 años con fiebre, dolor en el flanco y adenopatía inguinal.

Paciente previamente sana hasta cuatro semanas antes de la consulta, cuando comenzó con aumento doloroso del tamaño de los ganglios de la región inguinal bilateral. Tras 48 horas apareció dolor agudo e intermitente en flanco derecho (intensidad 5/10), acompañado de náuseas y pérdida de apetito. Refería mal olor de la orina, aunque no disuria, polaquiuria o hematuria.

Tres semanas antes de la consulta había consultado con su médico de Atención Primaria, quien ante la situación y la presencia de abundante flujo vaginal blancuzco y la presencia de adenopatías solicitó valoración ginecológica (exploración normal, salvo lo referido). Al examen microscópico del flujo vaginal se observaron "clue cells" compatibles con vaginosis bacteriana, el despistaje de infecciones de transmisión sexual fue negativo. En el uroanálisis presentó nitritos positivos y en el urocultivo crecimiento de más de 100.000 colonias de E. coli multisensible.

Entre sus antecedentes destacaban, natural de Brasil desde donde había emigrado hacía un año, aunque había hecho un viaje para visitar a familiares recientemente (entorno urbano), portadora de DIU con infecciones urinarias recurrentes y en su domicilio vivía con un gatito y una gata adulta.

Aunque las adenopatías mejoraron inicialmente, 48 horas tras terminar ciclo corto de antibióticos (cotrimoxazol), reaparece la fiebre, sudoración nocturna, vómitos y malestar general por lo que vuelve a urgencias.

En esta visita a urgencias la paciente estaba afectada, aunque afebril y con cifras de TA, frecuencia respiratoria y cardíaca normales y con una saturación (aire ambiente 99%). La paciente presentaba dolor en el flanco abdominal derecho y adenopatías inguinales. En exploración no presentaba megalias abdominales ni se detectaron adenopatías a otros niveles. En los análisis destacaba, Leucocitos totales 10500 céls/mm^3, plaquetas 409000 céls /mm 3 y proteína C reactiva 100 mg/L. La serología rápida VIH fue negativa y el IGRA para tuberculosis también.



456 .- ¿Cuál de las siguientes infecciones de transmisión sexual se asocian a adenopatía inguinal dolorosa?

a) Linfogranuloma venéreo.
b) Gonococia diseminada.
c) Tricomoniasis.
d) Molusco contagioso..

457.- En relación, a las adenopatías inguinales en este contexto, el diagnóstico diferencial incluye:

a) Nocardiosis.
b) Enfermedad por arañazo de gato.
c) Paracocciodiosis.
d) Todas las anteriores.

458.- Con respecto a la mejoría inicial tras tratamiento con cotrimoxazol señale la FALSA:

a) Cotrimoxazol tiene actividad contra Paracoccidiodes por eso se puede explicar la mejoría inicial durante el tratamiento en la paciente.
b) Cotrimoxazol tiene actividad contra Nocardia por eso se puede explicar la mejoría inicial durante el tratamiento en la paciente.
c) Cotrimoxazol tiene actividad in vitro frente a Bartonella por eso se puede explicar la mejoría inicial durante el tratamiento en la paciente.
d) En caso de infección por Bartonella, las pruebas de sensibilidad in vitro se correlacionan con la eficacia clínica.

459.- ¿Qué prueba/s diagnóstica/s estarían más indicadas en esta situación?

a) Nuevo despistaje de infecciones de transmisión sexual + urocultivo
b) Biopsia adenopatía + serologías
c) Serologías + urocultivo.
d) Solo hemocultivos.

460.- De los siguientes, ¿cuál cree que es el tratamiento empírico más adecuado, tras recoger las muestras?

a) Ceftriaxona + moxifloxacino
b) Amoxicilina -clavulánico por vía endovenosa.
c) Itraconazol.
d) Doxiciclina.

CASO CLÍNICO 3 PREGUNTAS 461-465

Varón de 73 años. Hipertenso en tratamiento con IECAs, no diabético. Hipertrofia benigna de próstata, no tratada, con determinaciones anuales de PSA en límites normales y nicturia habitual de 1-2 veces/noche. Sufrió 4 meses antes un episodio de infección urinaria febril con urocultivo negativo que se resolvió con 2 semanas de cefuroxima. Residente en un pueblo costero, jubilado, trabajó en un almacén de pescado, manejando pesos, en la actualidad vida activa aunque con ocasionales molestias lumbares de perfil mecánico que controla con AINE a demanda.

Tres semanas antes de episodio actual presenta un cuadro de disuria, polaquiuria, tenesmo vesical y aumento de nicturia habitual, acompañado de fiebre hasta 39ºC precedida de tiritona y sensación de peso en periné. Inició por su cuenta tratamiento antibiótico con cefuroxima que guardaba en casa (2 dosis) y posteriormente, ya afebril, consultó en urgencias, donde se recogió urocultivo que resultó negativo, y se prolongó el tratamiento con cefalosporina hasta completar 10 días, con resolución del síndrome miccional.

Consulta de nuevo 4-5 días después de finalizado el tratamiento por dolor lumbar bajo progresivamente más intenso que no cede con su analgesia habitual, que se exacerba con los cambios posturales y al defecar, con febrícula máxima de 37.6ºC.

A la exploración en urgencias su TA es 145/80, la Tª 37.4ºC y la frecuencia cardiaca 92 lpm. Le duele al percutir en las espinosas lumbares. En la analítica únicamente destaca función renal discretamente alterada con creatinina plasmática de 1.25 mg/dL, leucocitosis de 12.500/µL con neutrofilia relativa (88%) y PCR de 230 mg/L. El sedimento urinario es normal.

461.- A la vista de lo referido, ¿cuál es la actitud inicial más adecuada?

a) Extraer hemocultivos seriados e iniciar tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro.
b) Extraer hemocultivos seriados y posponer el inicio de tratamiento antibiótico hasta poder realizar punción guiada por TAC.
c) Reiniciar cefuroxima oral de modo ambulatorio.
d) Ninguno de los anteriores.

462.- En términos generales, ¿cuál es la bacteria que con mayor frecuencia produce espondilodiscitis infecciosa?

a) Staphylococcus lugdunensis.
b) Staphylococcus aureus.
c) Brucella spp.
d) Pseudomonas aeruginosa.



463.- En una sospecha de espondilodiscitis, ¿cuándo estaría indicada una punción guiada por imagen para obtener material para cultivo?

a) Siempre que haya sospecha de espondilodiscitis debe realizarse punción aspiración para establecer diagnóstico etiológico.
b) Nunca debe realizarse punción por riesgo de extensión local.
c) Puede evitarse la punción si en los hemocultivos se aísla S. aureus.
d) a) y c) son correctas.

464.- ¿Cuál es la duración recomendada de tratamiento antibiótico en caso de espondilodiscitis?

a) Para la causada por enterobacterias o S. aureus, 6 semanas de tratamiento parenteral o de tratamiento oral con alta biodisponibilidad.
b) Para la producida por Brucella spp, se recomienda prolongar el tratamiento durante 3 meses.
c) La tuberculosis espinal debe tratarse durante 9 meses, según recomendaciones de OMS.
d) Todas son correctas.

465.- En cuanto a la recomendación de desbridamiento quirúrgico de espondilodiscitis, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es ERRONEA?

a) Está indicado el tratamiento quirúrgico en caso de inestabilidad vertebral o deformidad progresiva.
b) Está indicado tratamiento quirúrgico si se presenta déficit neurológico progresivo.
c) Se recomienda tratamiento quirúrgico si a las 6 semanas de tratamiento los hallazgos radiológicos (RMN) han empeorado aunque mejoren síntomas y marcadores analíticos.
d) Se recomienda tratamiento quirúrgico si persisten hemocultivos positivos (descartados otros posibles focos) o dolor que empeora a pesar de tratamiento antibiótico adecuado.

CASO CLÍNICO 4 PREGUNTAS 466-470

Varón de 79 años, sin alergias medicamentosas conocidas, fumador de 40 paquetes-año y con antecedentes de hipertensión arterial e hiperuricemia. Entre sus antecedentes quirúrgicos destacan nefroureterectomía derecha por carcinoma renal y RTU de próstata, ambos, hace más de 10 años.

El paciente ingresa para realizar laringuectomía total más vaciamiento ganglionar cervical bilateral por neoplasia del seno piriforme recién diagnosticada. El postoperatorio inmediato, en UCI, se complicó por la aparición de faringostoma, con secreciones purulentas a este nivel y a nivel de traqueostomía.
En los cultivos de UCI se evidencia la presencia de A. baumannii en muestra única y de S. maltophilia en varias de ellas en muestras interpretadas como con calidad.



466 .- **En esta situación, ¿cómo interpreta los hallazgos clínicos y microbiológicos?**

a) El paciente presenta una infección respiratoria por A. baumannii y S. maltophilia y hay que tratar ambos con imipenem.
b) El paciente presenta una colonización respiratoria por A. baumannii y S. maltophilia y hay que tratar con colistina inhalada.
c) El paciente presenta una infección respiratoria por A. baumannii y S. maltophilia y hay que tratar con cefiderocol.
d) El paciente presenta una colonización respiratoria por A. baumannii e infección por S. maltophilia y hay que tratar con cotrimoxazol intravenoso.

467.- **A los 12 días de finalizar el tratamiento antibiótico, el paciente comienza nuevamente con fiebre y secreciones respiratorias purulentas. En los análisis destaca una proteína C reactiva de 215 mg/L y en la Rx de tórax infiltrados alveolointersticiales bilaterales, se toman muestras respiratorias y éstas presentan crecimiento de P. aeruginosa (sensible a betalactámicos) y de nuevo S. maltophilia. Los hemocultivos son negativos. ¿Qué tratamiento antibiótico recomendaría en esta ocasión de los propuestos?**

a) Ceftazidima en infusión prolongada.
b) Ceftolozano-tazobactam.
c) Ceftazidima-avibactam.
d) Ciprofloxacino.

468.- **Tras 10 días de estabilidad clínica el paciente presenta de nuevo empeoramiento, con fiebre, tos, obnubilación y secreciones amarillentas a través de la traqueostomía. La Rx tórax no presenta infiltrados y en el cultivo del aspirado traqueal crece de nuevo S. maltophilia. Los hemocultivos, urocultivos y cultivos de punta de catéteres recambiados fueron negativos. ¿En esta situación que actitud terapéutica plantearía?**

a) Reiniciar tratamiento con cotrimoxazol a dosis más altas.
b) Iniciar tratamiento con tigeciclina endovenosa.
c) Añadir colistina inhalada.
d) Añadir azitromicina.

469.- **Tras diez días de tratamiento el paciente empeora, apareciendo dolor abdominal, diarrea y tendencia a la hipotensión. ¿Qué pruebas diagnósticas solicitaría ante esta situación?**

a) Ninguna, iniciaría limitación de esfuerzo terapéutico.
b) Coprocultivo y toxina de C. difficile.
c) PET/TAC.
d) Ecografía urológica.

470.- **En los siguientes días el paciente presenta hipoglucemia (hasta 32 mg/dL) y en un TC abdominal realizado por persistencia del dolor abdominal se objetivan hallazgos compatibles con pancreatitis aguda. Las pruebas microbiológicas realizadas fueron negativas. En este contexto clínico indique cuál es la causa más probable de estos hallazgos:**

a) Efecto secundario de cotrimoxazol y/o tigeciclina
b) Obstrucción del conducto biliar de nueva aparición no objetivada en el TAC.
c) Pancreatitis por S. maltophilia.
d) Pancreatitis por A. baumanii.

CASO CLÍNICO 5 PREGUNTAS 471-476

Mujer de 48 años diagnosticada de carcinoma no microcítico de pulmón, del lóbulo inferior izquierdo, estadío IIIb. Tras el diagnóstico se canaliza un catéter venoso central de inserción periférica y se inicia tratamiento con quimioterapia con cisplatino y etopóxido. Al cuarto ciclo acude a urgencias por fiebre con tiritona. En la anamnesis refiere tos escasamente productiva, que ya tenía previamente a causa del tumor, y disnea progresiva. En la exploración tiene 84 lpm, 24 rpm, saturación 02 90 % (FiO2 21 %), y presión arterial 130/65 mm Hg. A la auscultación se observan roncus sibilantes en hemitórax izquierdo. La piel y mucosas son normales. La exploración abdominal es normal. No se observan signos inflamatorios en el catéter. En el hemograma se confirma una cifra de neutrófilos de 95/ mm3, hemoglobina 9 g/dl y plaquetas 42.000/ mm3. La función renal es normal. En la radiografía se observa una masa en el lóbulo inferior izquierdo sin cambios respecto a las previas.

471.- **¿Cuál de las siguientes estrategias NO realizaría para prevenir las posibles infecciones que pudieran aparecer?**

a) Administración preventiva de factor de crecimiento (G-CSF) si se estima que el riesgo de neutropenia febril será mayor del 20 %.
b) Profilaxis con levofloxacino durante los ciclos para prevenir las infecciones respiratorias.
c) Vacunación antigripal estacional.
d) Vacunación antineumocócica, dos semanas antes de iniciar la quimioterapia.

472.- **En el caso de la paciente requiera radioterapia y tratamiento con corticoides, a dosis de 20 mg de prednisona/día o equivalente, durante más de 4 semanas, señale la respuesta CORRECTA:**

a) Se recomienda profilaxis con cotrimoxazol.
b) Se recomienda profilaxis con quinolonas para evitar el riesgo de infecciones por bacterias intracelulares.
c) Se recomienda profilaxis con posaconazol.
d) No se recomienda profilaxis de ningún tipo si se administra factor de crecimiento (G-CSF).



473.- En relación con la enfermedad actual, ¿cuál es la principal sospecha diagnóstica y dónde trataría a la paciente?

a) Neutropenia febril sin focalidad y la trataría en su domicilio.
b) Neutropenia febril con infección de vías respiratorias altas y la trataría en su domicilio.
c) Neutropenia febril con neumonitis obstructiva y la ingresaría en planta de hospitalización.
d) Neutropenia febril de alto riesgo y solicitaría ingreso en la UCI.

474.- ¿Cuál es el tratamiento antimicrobiano empírico más adecuado?

a) Ceftriaxona más azitromicina por vía intravenosa.
b) Ciprofloxacino y amoxicilina-clavulánico por vía oral.
c) Ertapenem y vancomicina por vía intravenosa.
d) Piperacilina-tazobactam por vía intravenosa.

475.- A las 72 horas del inicio del tratamiento antibiótico la paciente sigue con fiebre, tos con más expectoración y disnea. En el hemograma se han normalizado la neutropenia y la trombopenia; y la hemoglobina es de 10 g/dl. En la radiografía de tórax se observa un infiltrado nuevo en lóbulo inferior izquierdo. Los hemocultivos son negativos y en el cultivo de esputo crecen levaduras y un bacilo gramnegativo. ¿Cuál de las siguientes opciones NO está indicada?

a) Añadir fluconazol por vía intravenosa.
b) Realizar una broncoscopia diagnóstica con lavado bronco-alveolar.
c) Solicitar TAC de tórax de alta resolución.
d) Solicitar test del galactomanano en sangre.

476.- A las 96 h queda afebril y sin disnea, y la tos ha mejorado. En el cultivo de esputo se aísla Haemophilus influenzae resistente solo a ampicilina y Candida glabrata. ¿Cuál es el tratamiento de elección?

a) Amoxicilina-ácido clavulánico.
b) Amoxicilina-ácido clavulánico más anfotericina liposomal.
c) Amoxicilina-ácido clavulánico más caspofungina.
d) Amoxicilina-ácido clavulánico más fluconazol a dosis elevadas (800 mg/12 h).

CASO CLÍNICO 6 PREGUNTAS 477-480

Varón de 35 años, natural de Colombia, que acude a urgencias por un cuadro de fiebre, tos no productiva y disnea de esfuerzo progresiva de tres semanas de evolución, asociado a una pérdida de peso de 6 kg en el último mes. En la exploración física se observa candidiasis orofaríngea. En la analítica de urgencias destaca una LDH > 500, linfopenia moderada, GSA con pO2 58 mmHg y en la Rx tórax presenta infiltrados intersticiales bilaterales.



477.- Señale la actitud inicial CORRECTA:

a) Pedir analítica con serologías, TAC de tórax e iniciar Meropenem 1 g cada 8 horas, oxigenoterapia de alto flujo y Nistatina en enjuagues.
b) Pedir analítica con serologías, hemograma y fórmula con poblaciones linfocitarias, e inicio de Sulfametoxazol-trimetoprim 160/800 mg dos comprimidos cada 8 horas y oxigenoterapia.
c) Pedir analítica con serologías, hemograma y fórmula con poblaciones linfocitarias, e inicio de Sulfametoxazol-trimetoprim 160/800 mg dos comprimidos cada 8 horas, oxigenoterapia, Prednisona 40 mg dos veces al día y Fluconazol.
d) Pedir analítica con serologías, hemograma y fórmula con poblaciones linfocitarias, e inicio de Bictegravir/tenofovir alafenamida/emtricitabina 1 comprimido al día, oxigenoterapia y tubeculostáticos en pauta de 4 fármacos (I-P-R-E).

478.- Respecto a la patología pulmonar en pacientes con infección por VIH, señale la INCORRECTA:

a) Algunas personas pacientes con VIH parecen tener una disfunción de las células B marcada y, por tanto, tienen un riesgo mucho mayor de desarrollar infecciones por bacterias encapsuladas, especialmente las causadas por Streptococcus Pneumoniae y Haemophilus influenzae.
b) Las personas con VIH consumidoras activas de drogas intravenosas tienen más probabilidades de desarrollar infecciones bacterianas invasivas, como neumonía, que las personas VIH positivas que contrajeron el virus por otras vías.
c) La infección por el VIH es un factor de riesgo independiente de agudización de la EPOC.
d) A una persona paciente procedente de un área con histoplasmosis endémica y que en la radiografía de tórax presenta adenopatía hiliar junto con infiltración difusa, se le debe practicar la prueba para detectar el antígeno de la histoplasmosis en frotis nasal.

479.- En relación con el manejo de las profilaxis de infecciones oportunistas en este paciente, y suponiendo que tiene una cifra de CD4 de 85 cél/mm3 y una CV VIH de 450000 copias /mm3, señale la afirmación INCORRECTA:

a) Una vez finalizado el tratamiento agudo, el paciente debe recibir profilaxis primaria frente a Toxoplasma gondii y secundaria frente a P. jirovecii con trimetoprim-sulfametoxazol como fármaco de elección.
b) El uso de TMP/SMX como profilaxis para PJP tiene el beneficio adicional de reducir la frecuencia de infecciones bacterianas respiratorias y es eficaz para prevenir la infección por Cystoisospora belli.
c) Se debe iniciar de forma inmediata profilaxis primaria frente al complejo Mycobacterium avium (MAC) con azitromicina 1.200 mg semanales, ya que el riesgo de infección aumenta al tener menos de 100 linfocitos CD4+.
d) Se debe realizar vacunación neumocócica con pauta secuencial (VPC-13 seguida de VPP-23); sin embargo, dado que el paciente tiene < 200 CD4+ cél/µL, es preferible administrar la VPC-13 ahora y posponer la dosis de VPP-23 hasta que haya iniciado el TAR y logre una cifra de CD4 > 200 cél/µL.

480.- **En relación con el momento idóneo para iniciar el tratamiento antirretroviral (TAR) y la selección del régimen inicial para este paciente, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?**

a) Se debe demorar el inicio del TAR al menos 4 a 6 semanas para evitar el riesgo de un síndrome inflamatorio de reconstitución inmune (SRI) grave, dada la baja cifra de linfocitos CD4+. La pauta de elección será Bictegravir/tenofovir alafenamida/emtricitabina.

b) El TAR debe iniciarse de forma precoz, idealmente en las primeras dos semanas tras el comienzo del tratamiento anti-PJP, ya que esto reduce la progresión a sida y la mortalidad. Una buena opción será Bictegravir/tenofovir alafenamida/emtricitabina.

c) EL TAR de inicio debería ser una biterapia con Dolutegravir y Lamivudina, ya que ha demostrado ser superior a las triples terapias en pacientes con cargas virales superiores a 100.000 copias/mL.

d) La combinación de Cabotegravir y Rilpivirina de acción prolongada (inyectable) es una opción válida como tratamiento de inicio en este paciente, ya que permite obviar la toma diaria de comprimidos desde el primer día del diagnóstico.

CASO CLÍNICO 7 PREGUNTAS 481-486

Mujer de 53 años que acudió al Servició de Urgencias de su Hospital de referencia por fiebre recurrente y astenia de 2 meses de evolución.

Antecedentes personales: profesora. Apendicectomía a los 22 años, coincidiendo con el ingreso de la apendicitis, un médico le dijo que tenía un soplo en el corazón sin importancia. Antecedentes familiares: 1 hija de 18 años sana. Dos hermanos sanos.

Enfermedad actual: Dos meses antes de la consulta comenzó con dolor lumbar y fiebre de 38ºC. Acudió a su médico de atención primaria quien le diagnosticó una infección viral y le prescribió tratamiento con paracetamol, alternando con antiinflamatorios no esteroideos. Con el tratamiento el dolor y la fiebre desaparecieron, pero al suspenderlo, reapareció de nuevo la fiebre de hasta 39 ºC, acompañada de escalofríos y sensación de malestar general con mialgias. También persistía el dolor en ambas fosas lumbares. Acudió de nuevo a su médico y éste le prescribió amoxicilina- clavulánico durante 7 días. De nuevo quedó afebril, pero a las dos semanas de finalizar la antibioterapia reapareció la fiebre de 40 ºC con escalofríos y astenia intensa. La paciente decidió acudir al Servicio de Urgencias del Hospital de referencia.

Exploración física: Temperatura 38,5 ºC; TA 135/80; frecuencia cardiaca 100 lpm; saturación 0_2 98 %. Consciente, orientada en tiempo y espacio. Únicamente destacaba la existencia de hemorragias conjuntivales y de un soplo sistólico a nivel de foco mitral.

Pruebas complementarias: Glucosa suero 95 mg/dL, urea suero 43 mg/dL, creatinina suero 1,18 mg/dL, filtrado glomerular estimado 86 ml/min/1,73m^2, sodio suero 143 mEq/l, potasio suero 4,2 mEq/l, ALT (GPT) suero 31 U/l, AST (GOT) suero 40 U/l, GGT suero 49 U/l, fosfatasa alcalina (ALP) suero 81 U/l, bilirrubina total suero 0,6 mg/dl, proteína C reactiva <11 mg/dl. Leucocitos 16.400/mL,

(neutrófilos 99,1 %, linfocitos 34,7 %, monocitos 12,2 %, eosinófilos 3,0 %, basófilos 1,0 %), hematíes 5.460.000/mL, hemoglobina 146 g/dL, hematocrito 45,3 %, HCM 26,7 pg, VCM 82,9, fL CHCM 32,2 g/dL, plaquetas 253.000/mL; VPM 8,7, VSG 75 mm.
Radiografía de tórax: sin alteraciones.

481.- ¿Cuál sería la prueba o pruebas diagnósticas que solicitaría para confirmar el diagnóstico de sospecha? Señale la respuesta CORRECTA:

a) Eco-doppler de troncos supra aórticos.
b) Hemocultivos y ecocardiografía.
c) TAC de columna lumbar.
d) TAC de tórax.

482.- A la espera de los resultados de las pruebas solicitadas, ¿cuál de las siguientes acciones es INCORRECTA?

a) Indicar tratamiento empírico con antibióticos en combinación.
b) Indicar tratamiento empírico con antibióticos en monoterapia.
c) Indicar tratamiento empírico con esteroides.
d) Indicar tratamiento sintomático con analgésicos y antitérmicos.

483.- Se inició tratamiento con betalactámicos y la paciente quedó afebril y mejoró su estado general. ¿Cuál es la explicación más probable a esta respuesta favorable?

a) Lo más probable es que tenga una bacteriemia por estreptococo spp.
b) La paciente tiene una infección estafilococo coagulasa negativa.
c) Mejoró de forma espontánea y el antibiótico no tuvo nada que ver en ello.
d) Tiene una infección por Actinomyces spp.

484.- ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Cáncer.
b) Endocarditis.
c) Espondilodiscitis.
d) Tuberculosis.

485.- ¿Cuál es el tratamiento empírico de elección?

a) Ampicilina, cloxacilina y ceftriaxona.
b) Cotrimoxazol.
c) Doxiciclina más rifampicina.
d) Isoniazida, rifampicina y pirazinamida.



486.- **¿Cuál es la duración más adecuada del tratamiento antimicrobiano de esta infección?**

a) De 2 a 4 semanas.
b) 8 semanas.
c) 12 semanas.
d) 6 meses de tratamiento.

CASO CLÍNICO 8 PREGUNTAS 487-490

Un varón de 55 años sin antecedentes de interés ingresa en cardiología por un síndrome coronario agudo con cateterismo normal. Estando pendiente de exploraciones complementarias para completar su estudio, comienza fiebre de 38ºC, coincidiendo con dolor y signos inflamatorios en el brazo derecho, en la zona del acceso venoso. La cardióloga de guardia indica la retirada del catéter con cultivo de la punta y la extracción de dos pares de hemocultivos, pero al día siguiente el paciente continúa febril y solicitan la valoración por parte de enfermedades infecciosas. La infectóloga que le valora le encuentra normotenso, consciente y orientado, bien perfundido y eupneico. Corrobora que aún tiene signos inflamatorios en el brazo y observa que en el punto de inserción de la vía retirada hay algo de secreción purulenta a la presión. La auscultación cardiorrespiratoria es normal.

487.- **¿Cuál sería la actitud más adecuada a seguir entre las siguientes opciones?**

a) Iniciar antibiótico empírico con vancomicina.
b) Enviar muestra del exudado del punto de inserción a microbiología para Gram y cultivo e iniciar tratamiento antibiótico empírico con vancomicina.
c) Iniciar antibiótico empírico con daptomicina y ceftazidima.
d) Enviar muestra del exudado del punto de inserción a microbiología para Gram y cultivo e iniciar tratamiento antibiótico empírico con daptomicina y ceftazidima.

488.- **Si en el cultivo de la punta de catéter se aislara S. aureus pero no en los hemocultivos, ¿qué duración de tratamiento antibiótico sería más adecuada entre las siguientes?**

a) 3 días.
b) 6 días.
c) 10 días.
d) 14 días.

489.- **Sin embargo, tanto la punta de catéter como los hemocultivos son positivos a S. aureus. A pesar de haber retirado el catéter y de haber iniciado antibiótico, apenas han mejorado los signos inflamatorios del brazo y se ha solicitado un eco-doppler venoso de la extremidad, que muestra una trombosis venosa profunda. Ante esta situación, ¿qué duración de tratamiento antibiótico crees ahora que sería más adecuada?**

a) 2 semanas.
b) 2-3 semanas.
c) 4-6 semanas.
d) >6 semanas.

490.- **Los hemocultivos de control, extraídos 72h después de los primeros, fueron aún positivos y se solicitó un ecocardiograma transesofágico, que mostró una imagen compatible con una vegetación de pequeño tamaño en la válvula mitral. ¿Qué tratamiento y duración sería ahora el más indicado entre las siguientes opciones, si la cepa de S. aureus es sensible a meticilina?**

a) Daptomicina + cloxacilina y después cloxacilina hasta completar 4 semanas.
b) Cloxacilina + gentamicina y después cloxacilina hasta completar 4 semanas.
c) Cloxacilina 4-6 semanas, a contar desde el inicio del antibiótico adecuado.
d) Cefazolina 4-6 semanas, a contar desde el primer hemocultivo negativo.

CASO CLÍNICO 9 PREGUNTAS 491-496

Varón de 24 años con los siguientes antecedentes: padres fallecidos por síndrome de inmunodeficiencia adquirida. No transmisión vertical. Vacunas propias de la infancia y, posteriormente, en la Fuerza Armadas a los 18 años. Cuadro diarreico por Salmonella spp. a los 12 años. Mantiene relaciones sexuales con hombres desde los 18 años. Consulta en el Servicio de Dermatología por lesiones cutáneas de un mes de evolución limitadas a miembros inferiores que se muestran en la figura 1.

Figura 1



Figura 2



491.- ¿Cuál es el diagnóstico diferencial y que actitud diagnóstica seguiría?

a) Angiomatosis bacilar.
b) Sarcoma de Kaposi.
c) Biopsia cutánea.
d) Todas son correctas.

492.- La biopsia cutánea mostró gran proliferación de espacios vasculares y células fusiformes positivas para CD31 y CD34 (H: 3075-10) muy sugestivas de sarcoma de Kaposi con estudio para el herpes virus 8 positivo. Serología VIH positiva. Recuento de linfocitos T CD4+/µl: 202; cociente CD4+/CD8+: 0,35 y carga viral de 43.100 copias/ml.2. Respecto al sarcoma de Kaposi limitado a piel, ¿cuál es el tratamiento inicial más eficaz?

a) Daunorrubicina liposomal.
b) Infiltración de las lesiones cutáneas con IFN-α.
c) Radioterapia de las lesiones cutáneas.
d) Tratamiento antirretroviral.

493.- En la evaluación inicial, el paciente se encontraba completamente asintomático y la exploración física era normal, excepto por las lesiones cutáneas. La radiografía de tórax mostraba la imagen de la figura 2, informada como engrosamiento peribroncovascular bilateral, con un patrón intersticio nodular, de predominio perihiliar. Interrogado explícitamente, el paciente no refería fiebre ni disnea de esfuerzo y la saturación de O2 era del 98 %. ¿Cuál sería el diagnóstico más probable?

a) Afectación pulmonar por sarcoma de Kaposi.
b) Neumonía por citomegalovirus.
c) Neumonía por Pneumocystis jirovecii.
d) Neumonía por Rhodococcus equi.



494.- **¿Cuál sería la siguiente exploración con mayor posibilidad de obtener el diagnóstico etiológico?**

a) Fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar.
b) Fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar y biopsia transbronquial.
c) Tomografía computarizada de tórax.
d) Tomografía computarizada de tórax y abdomen.

495.- **A la espera de los resultados, ¿qué tratamiento es más adecuado?**

a) Cotrimoxazol iv.
b) Cotrimoxazol iv. más prednisona.
c) Pentamidina iv.
d) Tratamiento antirretroviral.

496.- **La TC de tórax mostró engrosamiento bilateral y simétrico de paredes bronquiales por afectación del intersticio axial peribroncovascular junto a engrosamiento del intersticio septal interlobulillar, definiéndose lobulillos pulmonares secundarios, especialmente en las bases, junto a afectación del intersticio axial subpleural y subcisural, con formación de múltiples micronódulos en el intersticio y centrolobulillares que tienden a dar imágenes en vidrio deslustrado de forma parcheada. Se realizó una fibrobroncoscopia sin hallazgos patológicos macroscópicos con lavado broncoalveolar cuyos resultados microbiológicos fueron todos negativos y una citología que mostró mínimo exudado inflamatorio mixto. En una segunda fibrobroncoscopia, cuyos resultados microbiológicos fueron también negativos, la biopsia transbronquial mostró proliferación fusocelular atípica con áreas de hemorragia. Estudio inmunohistoquímico con CD31 y CD34: positivos en celularidad fusocelular y herpes virus 8: positivo. ¿Cuál cree que es el tratamiento más apropiado?**

a) Doxorrubicina liposomal.
b) Doxorrubicina liposomal más prednisona para evitar el síndrome de reconstitución inmune.
c) Doxorrubicina, bleomicina, vinblastina y dacarbazina.
d) Tratamiento antirretroviral exclusivamente y ver la evolución clínica.

CASO CLÍNICO 10 PREGUNTAS 497-500

Un cooperante regresa de Sierra Leona con fiebre de 39.5ºC de 48 horas de evolución, cefalea y malestar general. Analíticamente presenta trombocitopenia y elevación de transaminasas leve. La gota gruesa inicial es negativa.

497.- **Respecto al manejo, señale la respuesta CORRECTA:**

a) La malaria queda descartada y deben realizarse otros estudios.
b) Una gota gruesa negativa excluye la infección por Plasmodium falciparum.



c) Deben repetirse la gota gruesa y el frotis seriado cada 12-24 horas si persiste la sospecha clínica.
d) La serología de malaria es la prueba de elección para confirmar el diagnóstico.

498.- Se repite la gota gruesa que es positiva. El paciente empeora con deterioro del nivel de conciencia, fiebre persistente, insuficiencia respiratoria y un índice de parasitemia 11%, precisando intubación orotraqueal y ventilación mecánica, ¿cuál de los siguientes sería un criterio de malaria grave?

a) Trombocitopenia.
b) Fiebre persistente >39ºC.
c) Leucopenia <2000/mm3.
d) Hipoglucemia, glucosa <2.2mmol/L (<40 mg/dL).

499.- Se confirma el cuadro de malaria grave, ¿cuál es el tratamiento de elección?

a) Cloroquina oral.
b) Atovacuona-proguanil oral.
c) Artesunato intravenoso.
d) Doxiciclina intravenosa.

500.- El paciente presenta deterioro del nivel de conciencia con 10 puntos en la escala de Glasgow y 3 episodios de convulsiones, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) Se trata de una complicación característica de la malaria cerebral y requiere tratamiento antipalúdico con artesunato intravenoso urgente.
b) La exanguinotransfusión se realiza de rutina en la malaria cerebral.
c) El tratamiento de elección es exclusivamente dexametasona para tratar el edema cerebral.
d) Debe realizarse una punción lumbar antes de iniciar el tratamiento antipalúdico.