

TEST 1 REVISION ANTIBIOTERAPIA: CEFALOSPORINAS

1. Una mujer de 65 años acude por fiebre, disuria y dolor lumbar derecho. Tiene antecedentes de ITUs recurrentes y toma inhibidores de la bomba de protones de forma crónica. Se decide ingreso hospitalario. ¿Cuál es el antibiótico más adecuado de inicio?

- a) Fosfomicina trometamol
- b) Amoxicilina
- c) Ceftriaxona IV
- d) Cefazolina
- e) Ciprofloxacino VO

Respuesta correcta: c) Ceftriaxona IV

Justificación: La paciente presenta una pielonefritis aguda complicada que requiere hospitalización. Ceftriaxona IV es una opción empírica excelente, cubre enterobacterias comunes. Fosfomicina y ciprofloxacino son para uso ambulatorio. Amoxicilina y cefazolina no ofrecen cobertura fiable en este contexto.

2. ¿Cuál de las siguientes cefalosporinas debe evitarse en neonatos debido al riesgo de kernícterus?

- a) Cefotaxima
- b) Cefazolina
- c) Ceftriaxona
- d) Cefuroxima
- e) Cefixima

Respuesta correcta: c) Ceftriaxona

Justificación: Ceftriaxona puede desplazar la bilirrubina de su unión a albúmina, lo que incrementa el riesgo de kernícterus. Se prefiere cefotaxima en neonatos con meningitis o sepsis.

3. En un paciente con sepsis urinaria que ha sido hospitalizado en el último mes y tratado con quinolonas, ¿cuál es la mejor pauta empírica inicial?

- a) Ceftriaxona
- b) Ceftazidima
- c) Meropenem
- d) Amoxicilina/clavulánico
- e) Fosfomicina

Respuesta correcta: c) Meropenem

Justificación: El paciente tiene factores de riesgo de BLEE (hospitalización y antibióticos previos). Meropenem cubre eficientemente enterobacterias BLEE, al contrario que ceftriaxona o ceftazidima.

4. En una cirugía colorrectal programada, ¿cuál es la cefalosporina más indicada para profilaxis quirúrgica?

- a) Cefazolina
- b) Cefuroxima
- c) Cefoxitina
- d) Cefepima
- e) Ceftriaxona

Respuesta correcta: c) Cefoxitina

Justificación: Cefoxitina, una cefamicina, tiene actividad frente a anaerobios como Bacteroides fragilis, presentes en colon. Se usa en profilaxis de cirugía colorrectal. Cefazolina no cubre anaerobios.

5. Un paciente inmunodeprimido con neutropenia febril se ingresa para tratamiento empírico. ¿Cuál es la cefalosporina más apropiada?

- a) Cefazolina
- b) Cefuroxima
- c) Ceftriaxona
- d) Cefepima
- e) Ceftarolina

Respuesta correcta: d) Cefepima

Justificación: Cefepima es la cefalosporina de elección en neutropenia febril por su espectro amplio incluyendo Pseudomonas y buena estabilidad frente a AmpC.

6. Una mujer de 30 años con alergia inmediata a penicilina (anafilaxia) necesita tratamiento empírico para pielonefritis. ¿Cuál es la conducta más prudente?

- a) Administrar cefuroxima VO
- b) Usar ceftriaxona con vigilancia
- c) Cambiar a ciprofloxacino
- d) Administrar cefixima
- e) Administrar cefazolina

Respuesta correcta: c) Cambiar a ciprofloxacino

Justificación: En casos de alergia inmediata grave a penicilina, se debe evitar cefalosporinas por reactividad cruzada, aunque sea baja. Se prefiere una fluoroquinolona si es activa.

7. ¿Cuál de las siguientes cefalosporinas es activa frente a MRSA?

- a) Cefazolina
- b) Cefepima
- c) Ceftriaxona
- d) Ceftarolina
- e) Cefuroxima

Respuesta correcta: d) Ceftarolina

Justificación: Ceftarolina es una cefalosporina de 5ª generación con actividad frente a MRSA mediante unión a PBP2a. Las demás no tienen esta capacidad.

8. Un varón de 70 años con antecedentes de insuficiencia renal avanzada recibe cefepima a dosis estándar. A las 48h presenta confusión y mioclonías. ¿Cuál es la causa más probable?

- a) Reacción alérgica
- b) Encefalopatía urémica
- c) Neurotoxicidad por acumulación de cefepima
- d) Delirium hiponatémico
- e) Sepsis de origen central

Respuesta correcta: c) Neurotoxicidad por acumulación de cefepima

Justificación: Cefepima puede acumularse en insuficiencia renal y causar efectos neurotóxicos. Requiere ajuste de dosis en función del aclaramiento de creatinina.

9. ¿Qué combinación antibiótica es más adecuada para una meningitis bacteriana comunitaria en un adulto de 70 años?

- a) Cefotaxima + gentamicina
- b) Ceftriaxona + azitromicina
- c) Ceftriaxona + ampicilina + vancomicina
- d) Cefazolina + metronidazol
- e) Ceftazidima + amikacina

Respuesta correcta: c) Ceftriaxona + ampicilina + vancomicina

Justificación: Se cubren neumococo (ceftriaxona), cepas resistentes (vancomicina) y Listeria (ampicilina) en mayores de 50 años.

10. Un paciente de 80 años, institucionalizado, presenta neumonía grave. ¿Cuál es el mayor riesgo asociado al uso empírico de ceftriaxona en monoterapia?

- a) Nefrotoxicidad
- b) Fracaso terapéutico por BLEE o MRSA
- c) Reacción anafiláctica
- d) Hipoprotrombinemia
- e) Alteración del QT

Respuesta correcta: b) Fracaso terapéutico por BLEE o MRSA

Justificación: En ancianos institucionalizados es alta la prevalencia de bacterias resistentes (BLEE, MRSA), no cubiertas por ceftriaxona sola, lo que puede provocar fracaso clínico.

11. Un paciente con antecedentes de colelitiasis y episodios previos de colangitis es ingresado por fiebre, ictericia y dolor en hipocondrio derecho. ¿Qué antibiótico sería más apropiado como parte del tratamiento empírico inicial?

- a) Cefazolina + metronidazol
- b) Amoxicilina/clavulánico
- c) Ceftriaxona + metronidazol
- d) Ceftazidima
- e) Ciprofloxacino

Respuesta correcta: c) Ceftriaxona + metronidazol

Justificación: Ceftriaxona alcanza buenas concentraciones biliares y cubre enterobacterias. Metronidazol añade cobertura anaerobia. Es una pauta empírica adecuada en colangitis moderada.

12. ¿Cuál de las siguientes combinaciones antibióticas es más apropiada como terapia empírica en un paciente inmunosuprimido con neumonía nosocomial y riesgo elevado de MRSA y Pseudomonas?

- a) Ceftriaxona + azitromicina
- b) Cefepima + vancomicina + amikacina
- c) Amoxicilina + claritromicina
- d) Ceftarolina + ciprofloxacino
- e) Meropenem + linezolid

Respuesta correcta: b) Cefepima + vancomicina + amikacina

Justificación: Cefepima cubre bacilos Gram negativos incluyendo Pseudomonas, vancomicina cubre MRSA, y amikacina potencia el espectro anti-Pseudomonas. Es una combinación empírica válida.

13. Un paciente de 72 años con antecedentes de fractura de cadera será intervenido quirúrgicamente. Es portador nasal de MRSA. ¿Qué profilaxis es más adecuada?

- a) Cefazolina sola
- b) Vancomicina sola
- c) Cefazolina + vancomicina
- d) Ceftriaxona
- e) Cefepima

Respuesta correcta: c) Cefazolina + vancomicina

Justificación: La cefazolina se mantiene como base de profilaxis, pero al haber riesgo de MRSA, se añade vancomicina para ampliar cobertura preoperatoria.

14. En el tratamiento empírico de una apendicitis complicada con absceso periapendicular drenado, ¿cuál es una pauta antibiótica razonable?

- a) Cefepima
- b) Cefazolina + metronidazol

- c) Ceftriaxona + metronidazol
- d) Amoxicilina/clavulánico + cefixima
- e) Ceftarolina + daptomicina

Respuesta correcta: c) Ceftriaxona + metronidazol

Justificación: Combinación clásica que cubre enterobacterias (ceftriaxona) y anaerobios (metronidazol), eficaz si se ha controlado el foco.

15. ¿Cuál es la principal limitación del uso empírico de ceftazidima en infecciones por *Enterobacter cloacae*?

- a) Mala tolerancia gastrointestinal
- b) Inducción de carbapenemasas
- c) Inducción de AmpC y riesgo de fracaso terapéutico
- d) Inestabilidad frente a BLEE
- e) Falta de cobertura frente a anaerobios

Respuesta correcta: c) Inducción de AmpC y riesgo de fracaso terapéutico

Justificación: *Enterobacter* tiene AmpC inducible, lo que puede conferir resistencia durante el tratamiento con ceftazidima, provocando fallo clínico.

16. En un niño de 4 años con pielonefritis febril que ha recibido dosis IV inicial de cefotaxima, ¿cuál sería una opción razonable de continuación oral?

- a) Fosfomicina
- b) Cefalexina
- c) Cefixima
- d) Amoxicilina
- e) Cotrimoxazol

Respuesta correcta: c) Cefixima

Justificación: La cefixima, cefalosporina oral de 3ª generación, permite continuidad del tratamiento oral en ITU pediátrica, manteniendo cobertura frente a *E. coli*.

17. Un paciente con sepsis abdominal secundaria a perforación intestinal es tratado con ceftriaxona + metronidazol. A las 72h el hemocultivo revela *Klebsiella pneumoniae* productora de BLEE. ¿Cuál es la mejor conducta?

- a) Mantener tratamiento actual
- b) Añadir ciprofloxacino
- c) Cambiar a ceftazidima
- d) Cambiar a meropenem
- e) Añadir linezolid

Respuesta correcta: d) Cambiar a meropenem

Justificación: Las BLEE hidrolizan cefalosporinas de 3ª gen. Meropenem es tratamiento de elección para infecciones invasivas por BLEE.

18. ¿Cuál de las siguientes cefalosporinas se ha asociado más frecuentemente a neurotoxicidad en pacientes con insuficiencia renal?

- a) Cefazolina
- b) Cefuroxima
- c) Ceftriaxona
- d) Cefepima
- e) Cefixima

Respuesta correcta: d) Cefepima

Justificación: Cefepima, si no se ajusta correctamente en insuficiencia renal, puede provocar encefalopatía o crisis convulsivas.

19. En una paciente con meningitis por *Neisseria meningitidis* sensible, tratada con ceftriaxona, ¿cuál es la duración antibiótica recomendada?

- a) 3 días
- b) 5 días
- c) 7 días
- d) 10-14 días
- e) 21 días

Respuesta correcta: d) 10-14 días

Justificación: Las guías recomiendan 10-14 días de ceftriaxona para meningococo. Es el estándar incluso con evolución clínica favorable.

20. Un hombre de 60 años con prostatitis aguda complicada es hospitalizado. Se inicia tratamiento con ceftriaxona + ciprofloxacino. ¿Por qué no se mantiene ceftriaxona como único tratamiento a largo plazo?

- a) Riesgo elevado de toxicidad
- b) Mala cobertura frente a enterobacterias
- c) Baja penetración prostática
- d) Resistencia de *Pseudomonas*
- e) Inducción de AmpC

Respuesta correcta: c) Baja penetración prostática

Justificación: Las cefalosporinas, incluida ceftriaxona, tienen penetración limitada en próstata, por lo que no se emplean solas para tratamiento prolongado de prostatitis.

21. Un paciente con antecedentes de EPOC presenta una neumonía comunitaria grave con afectación multilobar. No ha recibido antibióticos en los últimos 3 meses. Se inicia tratamiento con ceftriaxona + azitromicina. ¿Qué justifica el uso conjunto de estos antibióticos?

- a) Aumentar la cobertura frente a bacterias anaerobias
- b) Reducir el riesgo de efectos adversos
- c) Ampliar el espectro para cubrir también patógenos atípicos
- d) Evitar resistencias frente a Gram negativos
- e) Cubrir mejor al neumococo resistente

Respuesta correcta: c) Ampliar el espectro para cubrir también patógenos atípicos

Justificación: La azitromicina cubre patógenos atípicos (Mycoplasma, Chlamydia, Legionella), que no son sensibles a β -lactámicos. La combinación es estándar en NAC hospitalaria.

22. En una paciente con alergia moderada a penicilina, se necesita iniciar tratamiento ambulatorio para una celulitis leve. ¿Cuál de los siguientes antibióticos es una opción segura y eficaz?

- a) Cloxacilina
- b) Cefalexina
- c) Vancomicina
- d) Clindamicina
- e) Amoxicilina

Respuesta correcta: b) Cefalexina

Justificación: En alergias no graves a penicilina, cefalosporinas orales como cefalexina pueden utilizarse con precaución. Clindamicina es alternativa, pero no se requiere si la alergia no es inmediata.

23. En un paciente con sospecha de meningitis nosocomial secundaria a derivación ventricular, ¿qué cefalosporina debe incluirse en el tratamiento empírico?

- a) Cefuroxima
- b) Ceftazidima
- c) Cefazolina
- d) Ceftriaxona
- e) Cefixima

Respuesta correcta: b) Ceftazidima

Justificación: Ceftazidima atraviesa la BHE con meninges inflamadas y cubre Pseudomonas, un patógeno común en meningitis nosocomial.

24. ¿Qué factor justifica evitar ceftriaxona en infecciones neonatales?

- a) Baja actividad frente a Gram positivos
- b) Interacción con vitamina K
- c) Riesgo de precipitados biliares y kernícterus
- d) Mala penetración en LCR
- e) Inestabilidad en soluciones IV

Respuesta correcta: c) Riesgo de precipitados biliares y kernícterus

Justificación: Ceftriaxona desplaza la bilirrubina de su unión a proteínas, lo que puede causar kernícterus en neonatos. Además, puede formar precipitados en bilis.

25. Un paciente con úlcera en pie diabético complicada es tratado con ceftriaxona. Sin embargo, el cultivo muestra *Enterococcus faecalis* sensible a ampicilina. ¿Qué debe hacerse?

- a) Mantener ceftriaxona
- b) Añadir gentamicina
- c) Cambiar a ampicilina
- d) Añadir metronidazol
- e) Cambiar a vancomicina

Respuesta correcta: c) Cambiar a ampicilina

Justificación: Las cefalosporinas no son bactericidas frente a enterococos, aunque muestren sensibilidad en antibiograma. Ampicilina es el tratamiento de elección.

26. ¿Cuál es el mecanismo de resistencia más frecuente de *E. coli* a cefotaxima?

- a) Metallo- β -lactamasa
- b) AmpC inducible
- c) Producción de BLEE
- d) Alteración de PBP
- e) Mutación de porina

Respuesta correcta: c) Producción de BLEE

Justificación: BLEE (CTX-M principalmente) hidrolizan cefalosporinas de 3ª generación como cefotaxima. Son comunes en *E. coli* y *Klebsiella spp.*

27. Un paciente de 78 años con insuficiencia renal moderada recibe cefotaxima a dosis estándar. ¿Qué medida es obligatoria?

- a) Administrar vía oral
- b) Añadir gentamicina para sinergia
- c) Ajustar dosis por función renal
- d) Sustituir por imipenem
- e) Administrar por perfusión continua

Respuesta correcta: c) Ajustar dosis por función renal

Justificación: La mayoría de cefalosporinas se eliminan por vía renal. En insuficiencia renal, deben ajustarse para evitar acumulación y toxicidad.

28. Un paciente con sepsis de foco urinario requiere terapia empírica. Se sospecha colonización por BLEE. ¿Qué combinación es más adecuada de entrada?

- a) Ceftriaxona + amikacina
- b) Ceftazidima + vancomicina
- c) Piperacilina/tazobactam

- d) Meropenem
- e) Cefepima + gentamicina

Respuesta correcta: d) Meropenem

Justificación: Ante sospecha de BLEE en sepsis, los carbapenémicos son de elección. Ceftriaxona y ceftazidima pueden fallar por resistencia.

29. ¿Cuál de las siguientes cefalosporinas se considera útil para el tratamiento de infecciones complicadas por *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente no carbapenemasa?

- a) Cefixima
- b) Ceftolozano/tazobactam
- c) Cefuroxima
- d) Ceftarolina
- e) Cefazolina

Respuesta correcta: b) Ceftolozano/tazobactam

Justificación: Ceftolozano tiene excelente actividad anti-*Pseudomonas*, incluso frente a cepas resistentes a ceftazidima. No cubre carbapenemasas, pero sí BLEE.

30. En una paciente con peritonitis bacteriana espontánea y ascitis por cirrosis, ¿cuál es el tratamiento empírico más indicado?

- a) Cefepima
- b) Cefuroxima
- c) Ceftriaxona
- d) Meropenem
- e) Vancomicina

Respuesta correcta: c) Ceftriaxona

Justificación: Ceftriaxona (2 g/24h) o cefotaxima (2 g/8h) son tratamientos empíricos estándar en PBE. Cubre enterobacterias habituales en este contexto.

Excelente. Aquí tienes el **Bloque 4: preguntas 31 a 40**, con el mismo nivel medio-alto, contexto clínico, cinco opciones y razonamiento detallado.

BLOQUE 4 – PREGUNTAS 31 A 40

31. Mujer de 35 años, embarazada de 22 semanas, presenta pielonefritis aguda con fiebre y vómitos. Se decide ingreso. ¿Qué antibiótico es más seguro y eficaz en este contexto?

- a) Amoxicilina
- b) Ciprofloxacino
- c) Ceftriaxona

- d) Fosfomicina
- e) Gentamicina

Respuesta correcta: c) Ceftriaxona

Justificación: Ceftriaxona es segura en el embarazo (categoría B), eficaz frente a *E. coli* y adecuada para uso parenteral. Las fluoroquinolonas y aminoglucósidos se evitan en gestantes.

32. Un paciente con antecedentes de EPOC, colonización por *Pseudomonas* y neumonía hospitalaria recibe ceftazidima. A las 72h, persiste febril. El cultivo revela *Enterobacter cloacae* resistente. ¿Qué justifica este fracaso?

- a) Sobreinfección por *Clostridioides difficile*
- b) Inducción de AmpC cromosómica
- c) Actividad insuficiente frente a anaerobios
- d) Falta de cobertura frente a atípicos
- e) Dosis inadecuada por bajo peso

Respuesta correcta: b) Inducción de AmpC cromosómica

Justificación: *Enterobacter* spp. puede inducir AmpC, confiriendo resistencia secundaria a cefalosporinas de 3ª generación como ceftazidima. Cefepima sería preferible.

33. En una paciente con meningitis comunitaria por *Streptococcus pneumoniae* con MIC de cefotaxima de 4 µg/mL, ¿cuál debe ser la conducta terapéutica?

- a) Continuar con cefotaxima
- b) Añadir metronidazol
- c) Cambiar a cefepima
- d) Añadir vancomicina
- e) Cambiar a ampicilina

Respuesta correcta: d) Añadir vancomicina

Justificación: MIC elevada a cefalosporinas indica posible fallo terapéutico. Vancomicina se añade para asegurar cobertura hasta disponer de sensibilidad completa.

34. ¿Cuál de las siguientes cefalosporinas puede causar una reacción tipo disulfiram con alcohol?

- a) Ceftriaxona
- b) Cefoxitina
- c) Cefotetan
- d) Cefuroxima
- e) Cefepima

Respuesta correcta: c) Cefotetan

Justificación: Cefotetan puede interferir con el metabolismo del alcohol por su grupo metiltiotetrazol, provocando efectos tipo disulfiram.

35. Varón de 64 años con úlcera crónica infectada en el pie. Tiene antecedentes de diabetes, insuficiencia renal moderada y colonización por MRSA. ¿Qué cefalosporina cubriría este patógeno?

- a) Cefazolina
- b) Ceftarolina
- c) Ceftriaxona
- d) Cefepima
- e) Cefuroxima

Respuesta correcta: b) Ceftarolina

Justificación: Ceftarolina tiene actividad frente a MRSA. Las demás cefalosporinas no cubren este patógeno. Es útil en infecciones de piel complicadas.

36. Un paciente en diálisis recibe cefazolina. ¿Cuál es la pauta adecuada para evitar subdosificación?

- a) Suspender tras la hemodiálisis
- b) Administrar antes de cada sesión
- c) Administrar dosis doble cada 72h
- d) Administrar post-hemodiálisis
- e) Cambiar a ceftriaxona

Respuesta correcta: d) Administrar post-hemodiálisis

Justificación: La hemodiálisis elimina cefazolina; debe administrarse tras la sesión para mantener niveles adecuados.

37. En un niño de 2 años con meningitis bacteriana, se inicia ceftriaxona y vancomicina. ¿Por qué se justifica esta combinación?

- a) Prevenir toxicidad renal
- b) Mejor cobertura frente a Listeria
- c) Evitar resistencia a aminoglucósidos
- d) Asegurar cobertura frente a neumococo resistente
- e) Cubrir anaerobios y virus

Respuesta correcta: d) Asegurar cobertura frente a neumococo resistente

Justificación: La adición de vancomicina cubre cepas de neumococo con sensibilidad reducida a cefalosporinas.

38. Un paciente geriátrico con celulitis severa recibe cefazolina IV. ¿Cuál de las siguientes situaciones puede comprometer su eficacia?

- a) Infección por *S. pyogenes*
- b) Masa corporal baja
- c) Coinfección por *Pseudomonas*
- d) Edad avanzada
- e) Administración cada 8 horas

Respuesta correcta: c) Coinfección por Pseudomonas

Justificación: Cefazolina no cubre Pseudomonas. En celulitis complicadas o úlceras infectadas con flora mixta, podría requerirse cobertura adicional.

39. Un paciente con infección intraabdominal complicada es tratado con ceftriaxona + metronidazol. ¿Qué situación justificaría escalar el tratamiento a meropenem?

- a) Cultivo con E. coli BLEE
- b) Persistencia de fiebre > 24h
- c) Edad > 75 años
- d) Leucocitosis persistente
- e) Estreñimiento paralítico

Respuesta correcta: a) Cultivo con E. coli BLEE

Justificación: BLEE inactiva ceftriaxona. El tratamiento debe escalar a un carbapenémico como meropenem para asegurar eficacia.

40. En un paciente alérgico a penicilina con antecedente de anafilaxia, ¿qué antibiótico debe evitarse para tratamiento de meningitis?

- a) Cloranfenicol
- b) Aztreonam
- c) Ceftriaxona
- d) Vancomicina
- e) Cotrimoxazol

Respuesta correcta: c) Ceftriaxona

Justificación: Aunque el riesgo de reactividad cruzada es bajo, en anafilaxia documentada se evita cefalosporinas. Se usan alternativas como cloranfenicol o aztreonam.

41. Paciente con derivación ventrículo-peritoneal presenta meningitis nosocomial. Se inicia tratamiento con cefepima + vancomicina. ¿Qué justifica la elección de cefepima frente a ceftazidima en este contexto?

- a) Mejor tolerancia digestiva
- b) Menor riesgo de neurotoxicidad
- c) Mayor actividad frente a anaerobios
- d) Cobertura añadida frente a cocos Gram positivos
- e) Eliminación biliar predominante

Respuesta correcta: d) Cobertura añadida frente a cocos Gram positivos

Justificación: Cefepima tiene mayor actividad frente a Streptococcus que ceftazidima, además de cubrir Pseudomonas. Es preferible en meningitis nosocomial cuando se sospecha flora mixta.

42. En la profilaxis quirúrgica de una cesárea programada en paciente sin alergias, ¿cuál es la opción de elección?

- a) Cefazolina
- b) Cefuroxima
- c) Ceftriaxona
- d) Ceftarolina
- e) Amoxicilina

Respuesta correcta: a) Cefazolina

Justificación: Cefazolina es el estándar para profilaxis quirúrgica en cirugía limpia, incluyendo obstétrica. Tiene buen perfil de seguridad y espectro adecuado frente a cocos Gram positivos.

43. ¿Cuál de los siguientes antibióticos cubre anaerobios intestinales y se clasifica como cefamicina?

- a) Cefepima
- b) Cefuroxima
- c) Cefotaxima
- d) Cefoxitina
- e) Ceftriaxona

Respuesta correcta: d) Cefoxitina

Justificación: Cefoxitina es una cefamicina de 2ª generación con cobertura frente a anaerobios como Bacteroides, útil en infecciones intraabdominales y cirugía colorrectal.

44. Mujer de 74 años con pielonefritis grave presenta creatinina elevada. Se inicia cefepima IV a dosis estándar y desarrolla mioclonías y confusión. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- a) Encefalopatía urémica
- b) Delirio infeccioso
- c) Neurotoxicidad por acumulación de cefepima
- d) Intoxicación por metronidazol
- e) Hiponatremia dilucional

Respuesta correcta: c) Neurotoxicidad por acumulación de cefepima

Justificación: Cefepima se elimina por vía renal. Si no se ajusta la dosis en insuficiencia renal, puede causar encefalopatía y mioclonías.

45. En un paciente con antecedentes de colonización por Klebsiella productora de KPC, ¿qué antibiótico es más útil si desarrolla una sepsis?

- a) Ceftriaxona
- b) Ceftazidima/avibactam
- c) Ceftarolina
- d) Cefepima
- e) Meropenem solo

Respuesta correcta: b) Ceftazidima/avibactam

Justificación: La combinación ceftazidima/avibactam inhibe muchas carbapenemasas tipo KPC, siendo uno de los pocos tratamientos activos frente a estas cepas.

46. ¿Qué recomendación específica realiza el PRAN respecto al uso de cefalosporinas?

- a) Promover su uso en profilaxis quirúrgica
- b) Usarlas como opción de primera línea en neumonía ambulatoria
- c) Limitar su uso a casos bien justificados según guías
- d) Prescribirlas en tratamientos prolongados para evitar recaídas
- e) Priorizar su uso sobre carbapenémicos para preservar estos últimos

Respuesta correcta: c) Limitar su uso a casos bien justificados según guías

Justificación: El PRAN promueve un uso racional y restrictivo de antibióticos del grupo Watch, como muchas cefalosporinas, para frenar resistencias.

47. Un paciente con endocarditis por *Enterococcus faecalis* no tolera aminoglucósidos. ¿Cuál es una alternativa terapéutica válida según guías?

- a) Cefazolina en monoterapia
- b) Vancomicina + cefepima
- c) Ampicilina + ceftriaxona
- d) Linezolid + ceftazidima
- e) Meropenem + daptomicina

Respuesta correcta: c) Ampicilina + ceftriaxona

Justificación: La combinación de dos β -lactámicos (ampicilina + ceftriaxona) tiene efecto sinérgico frente a *Enterococcus faecalis*, siendo alternativa a aminoglucósido.

48. ¿Cuál de las siguientes cefalosporinas puede alcanzar concentraciones terapéuticas en el líquido cefalorraquídeo durante meningitis?

- a) Cefuroxima
- b) Cefazolina
- c) Ceftriaxona
- d) Cefalexina
- e) Cefaclor

Respuesta correcta: c) Ceftriaxona

Justificación: Ceftriaxona atraviesa la BHE con meninges inflamadas, alcanzando niveles terapéuticos adecuados. Las de 1ª y 2ª generación no lo logran suficientemente.

49. Un paciente es tratado con cefotaxima por peritonitis bacteriana espontánea. ¿Qué medida complementaria mejora el pronóstico en este contexto?

- a) Añadir aminoglucósido
- b) Administrar heparina profiláctica
- c) Añadir metronidazol
- d) Administrar albúmina intravenosa
- e) Añadir ceftazidima

Respuesta correcta: d) Administrar albúmina intravenosa

Justificación: La administración de albúmina en PBE reduce el riesgo de insuficiencia renal y mortalidad, especialmente en pacientes con bilirrubina o creatinina elevadas.

50. ¿Cuál de los siguientes es un factor de riesgo claramente establecido para presentar infecciones por BLEE en la comunidad?

- a) Antecedente de estreñimiento crónico
- b) Vacunación reciente
- c) Edad menor de 40 años
- d) Antibióticos en los últimos 3 meses
- e) Dieta baja en proteínas

Respuesta correcta: d) Antibióticos en los últimos 3 meses

Justificación: El uso reciente de antibióticos, especialmente quinolonas y cefalosporinas, es uno de los factores de riesgo más importantes para adquirir BLEE en la comunidad.

51. Un varón de 55 años acude por gonorrea uretral. Según guías actuales, ¿cuál es el tratamiento de elección?

- a) Ciprofloxacino 500 mg dosis única
- b) Cefixima 400 mg dosis única
- c) Ceftriaxona 1 g IM dosis única + azitromicina
- d) Doxiciclina + ampicilina
- e) Amoxicilina/clavulánico

Respuesta correcta: c) Ceftriaxona 1 g IM dosis única + azitromicina

Justificación: La ceftriaxona es el tratamiento estándar por su eficacia frente a cepas de *N. gonorrhoeae* resistentes. La azitromicina se añade por coinfección con *Chlamydia* y efecto sinérgico.

52. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera respecto a la cobertura espectral de cefepima?

- a) No cubre *Pseudomonas aeruginosa*
- b) Tiene menor potencia frente a Gram positivos que ceftriaxona
- c) No cruza la barrera hematoencefálica
- d) Es activa frente a *Enterobacter* con AmpC inducible
- e) Tiene buena cobertura frente a anaerobios

Respuesta correcta: d) Es activa frente a Enterobacter con AmpC inducible

Justificación: Cefepima es estable frente a β -lactamasas tipo AmpC, a diferencia de las cefalosporinas de 3ª generación como cefotaxima o ceftriaxona.

53. Un paciente hospitalizado por neumonía desarrolla colitis pseudomembranosa tras 10 días de cefuroxima. ¿Qué antibiótico se asocia con mayor riesgo de esta complicación?

- a) Cefepima
- b) Cefazolina
- c) Ceftriaxona
- d) Ceftarolina
- e) Todas las anteriores

Respuesta correcta: e) Todas las anteriores

Justificación: Todas las cefalosporinas, especialmente las de 2ª y 3ª generación, se asocian con aumento del riesgo de colitis por Clostridioides difficile, en particular con uso prolongado.

54. Un niño con otitis media aguda presenta mala tolerancia a la amoxicilina. ¿Cuál de las siguientes cefalosporinas orales es más utilizada en pediatría como alternativa?

- a) Cefalexina
- b) Cefixima
- c) Cefuroxima axetilo
- d) Cefaclor
- e) Cefazolina

Respuesta correcta: c) Cefuroxima axetilo

Justificación: Cefuroxima axetilo es frecuentemente usada en pediatría por su buena actividad frente a H. influenzae y S. pneumoniae. Tiene formulación oral aceptable y es alternativa habitual.

55. ¿Cuál de las siguientes infecciones no debe tratarse con ninguna cefalosporina?

- a) Meningitis por Neisseria meningitidis
- b) Endocarditis por Streptococcus viridans
- c) Infección urinaria por Enterococcus faecalis
- d) Pielonefritis por E. coli sensible
- e) Neumonía por H. influenzae

Respuesta correcta: c) Infección urinaria por Enterococcus faecalis

Justificación: Las cefalosporinas no son activas frente a enterococos. Si bien a veces aparece “sensible” en el antibiograma, no tienen eficacia bactericida en este género.

56. ¿Cuál de las siguientes cefalosporinas se elimina predominantemente por vía biliar y no requiere ajuste en insuficiencia renal leve?

- a) Cefotaxima
- b) Cefuroxima
- c) Cefazolina
- d) Ceftriaxona
- e) Cefepima

Respuesta correcta: d) Ceftriaxona

Justificación: Ceftriaxona tiene doble vía de eliminación (renal y biliar), lo que le permite mantenerse en pacientes con insuficiencia renal moderada sin necesidad de ajuste inicial.

57. Un paciente con neumonía aspirativa y alergia inmediata a penicilina requiere cobertura anaerobia IV. ¿Qué combinación sería más adecuada?

- a) Cefazolina + amikacina
- b) Ceftriaxona + metronidazol
- c) Ceftazidima + levofloxacino
- d) Cefuroxima + clindamicina
- e) Cefepima + fosfomicina

Respuesta correcta: b) Ceftriaxona + metronidazol

Justificación: Ceftriaxona por vía parenteral es útil para Gram negativos, pero requiere metronidazol para cubrir anaerobios orales presentes en neumonía por aspiración.

58. ¿Qué acción está más alineada con las recomendaciones del PRAN y los programas PROA en relación con cefalosporinas?

- a) Usar ceftriaxona para bronquitis viral persistente
- b) Administrar cefuroxima durante 7 días como profilaxis quirúrgica
- c) Suspender la cefazolina tras 24h en cirugía limpia sin complicaciones
- d) Combinar cefixima con fosfomicina en ITU no complicada
- e) Usar cefepima como primera elección en otitis media aguda

Respuesta correcta: c) Suspender la cefazolina tras 24h en cirugía limpia sin complicaciones

Justificación: Las guías PRAN y PROA recomiendan limitar la duración de la profilaxis quirúrgica a un máximo de 24 horas para evitar selección de resistencias.

59. ¿Cuál de las siguientes cefalosporinas orales de 3ª generación tiene indicación en pielonefritis pediátrica tras fase parenteral?

- a) Cefalexina
- b) Cefixima
- c) Cefaclor
- d) Cefuroxima
- e) Ceftarolina

Respuesta correcta: b) Cefixima

Justificación: La cefixima es una cefalosporina de 3ª generación con formulación oral, utilizada como continuación tras tratamiento IV en pielonefritis infantil.

60. ¿Cuál de las siguientes medidas refleja un uso clínicamente razonable de una cefalosporina según el documento revisado?

- a) Administrar ceftriaxona como monoterapia empírica en pie diabético con sospecha de MRSA
- b) Usar ceftazidima sola en neumonía comunitaria grave sin cultivo
- c) Usar cefepima en neutropenia febril con cobertura para Gram negativos y positivos
- d) Tratar una diarrea febril empíricamente con cefuroxima
- e) Mantener cefotaxima 21 días en neumonía leve ambulatoria

Respuesta correcta: c) Usar cefepima en neutropenia febril con cobertura para Gram negativos y positivos

Justificación: Cefepima es de elección en neutropenia febril por su amplio espectro, incluyendo Pseudomonas y algunos cocos Gram positivos. Las demás opciones son inapropiadas o excesivas.

FAPsGal.org

FAPsGal.org