



Autoevaluación y Formación Continuada en

trastornos adictivos

Órgano Oficial de la Sociedad Española de Toxicomanías

Volumen 7 - N.º 1 - 2005



ACREDITADA POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN
CONTINUADA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Médicos: 5,6 créditos
Enfermería: 5,6 créditos
Farmacéuticos: 5,6 créditos
Psicólogos Clínicos: 5,6 créditos

Trastornos Adictivos inicia un sistema anual de autoevaluación y acreditación dentro de un *Programa de Formación Continuada*. Uno de los objetivos de *Trastornos Adictivos* es que sirva como instrumento educativo y formativo en este área.

Las personas que deseen que se les acredeite una formación continuada por parte de la Sociedad Española de Toxicomanías y del Ministerio de Sanidad y Consumo deberán remitir cumplimentados dentro de los 2 meses siguientes a la aparición de cada número la hoja de respuestas adjunta (no se admiten fotocopias) con las contestaciones a las preguntas que se formulan. Las respuestas aparecerán en el siguiente número. Para obtener la acreditación es preciso enviar los cuestionarios originales, contestar a las preguntas de los 4 números y superar el 50% de las preguntas contestadas. Los cuestionarios deben ser remitidos a *Trastornos Adictivos*. Ref.: Formación Continuada. C/ Juan Llorens, 20, puerta 4. 46008 Valencia.

EFICACIA CLINICA DE LA BUPRENORFINA

1. Que dosis diarias son las habitualmente utilizadas en los programas de mantenimiento con buprenorfina?

 - A. Menos de 2 mg al día.
 - B. Entre 2 y 8 mg al día.
 - C. Entre 8 y 16 mg al día.
 - D. Más de 16 mg al día.
 - E. Ninguna de las anteriores.

2. ¿Es posible realizar tratamiento con buprenorfina pautándolo tres veces a la semana?.

 - A. Si, pero solo en los pacientes que necesitan dosis bajas.
 - B. Si, exclusivamente en el subgrupo de pacientes que toman dosis altas.
 - C. No se puede realizar en ningún caso.
 - D. Se puede realizar, pero es necesario un ajuste de la dosis.
 - E. No se puede hacer en personas que no hayan tomado previamente 1 año el tratamiento diario.

3. La buprenorfina ha sido utilizada clínicamente (señale la opción incorrecta):

 - A. De una manera muy restringida en todos los países de la Unión Europea.
 - B. Existe experiencia clínica en países de nuestro entorno.
 - C. De una manera limitada en España.
 - D. En algún país de la Unión Europea se utiliza hasta en la mitad de los pacientes dependientes de opiáceos.
 - E. 2 y 3 son correctos.

4. En relación a la utilidad de la buprenorfina, señale la opción incorrecta:

 - A. Es útil en la reducción del consumo de opiáceos ilegales.
 - B. Reduce la transmisión del VIH.
 - C. Disminuye la mortalidad de los pacientes dependientes.
 - D. Aumenta el posible síndrome de abstinencia neonatal en hijos de madres dependientes.
 - E. Reduce la transmisión de enfermedades infecciosas.

- 5.** ¿Se puede administrar buprenorfina junto con naloxona?
- A. Hay estudios que han demostrado su utilidad.
 - B. No se ha ensayado esta combinación.
 - C. Son incompatibles en cualquier caso, dado que la naloxona tiene efecto antagonista opioide.
 - D. La naloxona puede ser administrada por vía oral junto con buprenorfina.
 - E. 1 y 4 son correctas
- 6.** Señale la opción incorrecta, en relación a la eficacia de la buprenorfina:
- A. Ha demostrado su eficacia en el tratamiento de pacientes dependientes de opiáceos, en estudios frente a placebo.
 - B. Es claramente más eficaz que la metadona en todos los casos.
 - C. Ha demostrado su eficacia cuando se compara con otros fármacos opiáceos, como el Levo alfa acetil medadol (LAAM).
 - D. Se ha demostrado la relación entre la dosis utilizada y las respuestas.
 - E. Se ha comparado su eficacia con metadona y a dosis adecuadas ambas fármacos son útiles.

BUPRENORFINA EN DEPENDENCIA A OPIACEOS: REFLEXIONES SOBRE LA SEGURIDAD

- 7.** El hecho de que la buprenorfina sea un agonista parcial condiciona:
- A. Una actividad intrínseca elevada.
 - B. Una potencia de acción reducida.
 - C. Una incidencia de estreñimiento elevada.
 - D. Un cierto grado de abstinencia después de un agonista completo.
 - E. Un alto riesgo de depresión respiratoria.
- 8.** La depresión respiratoria inducida por la buprenorfina:
- A. Se asocia al uso oral de esta sustancia a altas dosis.
 - B. Aumenta con los preparados sublinguales.
 - C. Empeora al combinar la buprenorfina con la naloxona.
 - D. Presenta mayor incidencia que con la metadona.
 - E. Se puede deber a una interacción con el consumo de psicofármacos.
- 9.** Los efectos adversos hepáticos asociados a buprenorfina:
- A. Obliga a la monitorización hepática siempre que se usa buprenorfina.
 - B. Se recomienda no usar buprenorfina en caso de insuficiencia hepática grave.
 - C. Contraindican el uso de buprenorfina en cualquier caso de hepatopatía.
 - D. Han sido demostrados en múltiples estudios.
 - E. Está demostrada la asociación causal entre aumento de transaminasas y buprenorfina.
- 10.** Respecto al uso de buprenorfina en el embarazo:
- A. El síndrome de abstinencia neonatal es mayor que con metadona.
 - B. Se asocia frecuentemente a efectos teratogénicos.
 - C. Se recomienda el uso de metadona en vez de buprenorfina.
 - D. Los estudios realizados hasta ahora son concluyentes.
 - E. Los efectos fetales impiden el uso de buprenorfina en cualquier caso.
- 11.** La buprenorfina se asocia al siguiente problema de seguridad:
- A. Graves alteraciones cardíacas.
 - B. Posibles interacciones farmacocinéticas con antifúngicos.
 - C. Arritmias del tipo *torsade de pointes*.
 - D. Depresión respiratoria grave.
 - E. Prolongación del intervalo QTc.

12.

La buprenorfina, en comparación con la metadona, presenta:

- A. Mucha mayor toxicidad a todas a las dosis
- B. Mucha mayor toxicidad a dosis mayores de 6 mg/día
- C. Mucha menor toxicidad a todas las dosis
- D. Mucha menor toxicidad a dosis menores de 6 mg/día
- E. La buprenorfina no aporta mayor seguridad que la de la metadona.

ASPECTOS FARMACOECONÓMICOS DE LOS TRATAMIENTOS CON BUPRENORFINA

13.

El denominado “modelo de producción de salud” de Donabedian:

- A. Evalúa sólo los resultados de la actividad asistencial.
- B. Evalúa sólo los procesos asistenciales
- C. Evalúa la relación entre los procesos y los resultados
- D. Evalúa la relación entre *inputs*, procesos y resultados
- E. Evalúa los costes económicos

14.

Drummond y Stoddard propusieron cuatro tipos de estudios de evaluación económica. Señale el que no pertenece a su clasificación:

- A. Estudio de minimización de costes (“análisis de costes”)
- B. Estudio de coste-beneficio
- C. Estudio de coste-producción
- D. Estudio de coste-efectividad
- E. Estudio de coste-utilidad

15.

El estudio de minimización de costes:

- A. Trata de estudiar cómo abaratar los costes asistenciales
- B. Intenta evaluar el coste sanitario de un área de salud
- C. Compara los costes de dos opciones terapéuticas y propone seleccionar la alternativa más barata sean cuales sean los resultados de las mismas
- D. Compara los costes de dos opciones terapéuticas y propone seleccionar la alternativa más barata, asumiendo que ambas tienen la misma efectividad
- E. Trata de cuantificar el beneficio de la implantación de un tratamiento

16.

Los estudios de coste-efectividad

- A. Tratan de comparar los parámetros de eficacia de dos tratamientos
- B. Tratan de evaluar cuál es el tratamiento más barato
- C. Tratan de comparar las ratios efectividad/coste de dos alternativas terapéuticas
- D. La efectividad de cada alternativa terapéutica se mide mediante indicadores de mejoría de salud
- E. Las respuestas c y d son ciertas

17.

La revisión sobre los estudios farmacoeconómicos de los tratamientos con buprenorfina:

- A. Son concluyentes e indican una clara superioridad de los tratamientos con buprenorfina
- B. Son concluyentes e indican una clara superioridad de los tratamientos con metadona
- C. No son concluyentes porque no aportan ninguna información
- D. No son concluyentes por problemas de extrapolación de los resultados y porque sólo miden algunas de las variables relevantes
- E. Hay un gran número de trabajos al respecto

18.

Uno de los siguientes indicadores de resultado de los programas de tratamiento en drogodependencias es de los denominados “duros”:

- A. Calidad de vida
- B. Satisfacción del usuario
- C. Preferencia por el fármaco
- D. Tasa de retención
- E. Percepción del estigma

CONDICIONES Y PRESCRIPCIÓN Y FINANCIACIÓN DE LA BUPRENORFINA-SUBUTEX® SEGÚN LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN EN ESPAÑA DE 2000 A 2004

19.

Cual es la indicación reconocida para la buprenorfina-subutex(

- A. Tratamiento de la dependencia menor de opiáceos
- B. Tratamiento de sustitución a la dependencia mayor de opiáceos
- C. Tratamiento exclusivamente de dependientes de opiáceos que no responden a metadona
- D. Tratamiento exclusivamente de dependientes de opiáceos y cocaína
- E. Ninguna de las opciones anteriores es correcta

20.

La presentación de buprenorfina-subutex(es de:

- A. Inyectables vía intramuscular
- B. comprimidos de cápsula entérica
- C. vía subcutánea
- D. comprimidos para uso sublingual
- E. todas estas presentaciones están disponibles

21.

Las dosis de los preparados disponibles es de

- A. 10 y 20 mg
- B. 20 y 30 mg
- C. 6 y 12 mg
- D. 3 y 6 mg
- E. 1 y 3 mg

22.

La buprenorfina-subutex(precisa:

- A. receta de estupefacientes
- B. receta de psicótropos
- C. no precisa receta médica
- D. receta de uso hospitalario
- E. receta de preparado de uso diagnóstico

23.

En relación a la financiación de la buprenorfina-subutex(

- A. esta financiado por la seguridad social
- B. esta financiado por el observatorio europeo sobre las drogas y las toxicomanías
- C. esta financiado por el plan nacional sobre drogas
- D. esta financiado por las comunidades autónomas
- E. ninguna de las afirmaciones es cierta

24.

El relación a la formulación buprenorfina-naloxona, cual de las siguientes afirmaciones es correcta

- A. esta disponible en Estados Unidos
- B. su uso es por vía sublingual,
- C. se evita el potencial abuso de este preparado si se inyecta, ya que la naloxona bloquearía el efecto agonista [parcial] de la Buprenorfina
- D. se reducirían los casos de intoxicación/sobredosis por esta vía.
- E. todas las afirmaciones anteriores son correctas

Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 6 - N.º 4 - 2004

CONSUMO Y ACTITUDES SOBRE EL TABACO ENTRE EL PERSONAL SANITARIO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (ESPAÑA)

- 94.** Los estudios realizados señalan que las tasas de fumadores entre el personal sanitario en España se sitúan entre el:
Respuesta: c) 31% y 45%
Dependiendo de los estudios, los porcentajes de fumadores entre el personal sanitario se sitúan entre el 31% y el 46%
- 95.** Los estudios realizados en nuestro país ponen de evidencia que:
Respuesta: a) El número de fumadores entre el colectivo sanitario del INSALUD es ligeramente superior al de la población general
Los estudios realizados en nuestro país sobre la prevalencia del hábito de fumar en los profesionales sanitarios ponen de evidencia que, aunque ha habido cambios positivos en los últimos años, el número de fumadores entre el colectivo sanitario del INSALUD sigue siendo elevado y es ligeramente superior al de la población general
- 96.** El test de Fagerström evalúa:
Respuesta: d) Nivel de dependencia tabáquica
El test de Fagerström evalúa el nivel de dependencia tabáquica.
- 97.** Los resultados del estudio mostraron que el porcentaje de fumadores por grupos profesionales es:
Respuesta: b) Superior en el personal de enfermería que entre los médicos
En el presente estudio son fumadores el 36,2% de las mujeres y el 28% de los varones.
- 98.** Los datos del estudio coinciden con estudios previos y señalan que:
Respuesta: c) La prevalencia de fumadores es superior entre las mujeres
En el presente estudio son fumadores el 35,3% de las mujeres y el 26,9% de los varones.
- 99.** Con respecto al hábito de fumar en los centros de trabajo:
Respuesta: b) Se muestran de acuerdo con prohibir fumar totalmente en los centros sanitarios
La opinión más extendida es aquella que se refiere a la prohibición del uso de tabaco en los centros sanitarios, con la salvedad de mantener espacios reservados especialmente delimitados para los fumadores.

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA PILOTO DE FORMACIÓN EN DISPENSACIÓN RESPONSABLE DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

- 100.** El Programa de Dispensación Responsable de Bebidas Alcohólicas (DRA) se encuadra dentro de las estrategias de...
 Respuesta: b) prevención selectiva
 Dado que se trata de estrategias no dirigidas a la población general sino a poblaciones con elevada probabilidad de incurrir en conductas de riesgo. Estas medidas se enmarcan especialmente en las políticas de prevención comunitaria y su objetivo es minimizar los riesgos asociados al consumo de alcohol.
- 101.** Para la correcta implementación de un programa de Dispensación Responsable de Bebidas Alcohólicas (DRA) en un local, el elemento clave es...
 Respuesta: b) la colaboración decidida del empresariado
 Sin una voluntad clara del empresario no puede llevarse a cabo el DRA. Las habilidades e intenciones del camarero o el soporte de los políticos al programa quedarían inutilizadas por una política del local contraria a las limitaciones al consumo.
- 102.** Se ha comprobado que la Dispensación Responsable de Bebidas Alcohólicas (DRA) consigue...
 Respuesta: c) reducir la accidentalidad en los jóvenes
 Teóricamente, la dispensación responsable puede contribuir a la reducción de los problemas de alcohol globalmente considerados. Sin embargo, los estudios existentes se han centrado en conductas directamente vinculadas a la intoxicación aguda, tales como las agresiones en los locales de venta y su entorno (que disminuyen) y la accidentalidad viaria, en especial los accidentes de coche nocturnos sin contrario y protagonizados por jóvenes, que son aquellos en los está más presente el alcohol. Estos efectos sólo cabe atribuirlo a la DRA en el marco de una acción comunitaria que garantice una amplia cobertura del programa.
- 103.** Los programas de formación en Dispensación Responsable de Bebidas Alcohólicas (DRA) han de incluir ...
 Respuesta: c) entrenamiento en habilidades sociales y estrategias de intervención
 Los cursillos de formación han de ser limitados en el tiempo por la escasa disponibilidad horaria de los profesionales. Deben simplificar la parte teórica y centrarse en concienciar al profesional de su papel, enseñándole a resolver situaciones cotidianas.
- 104.** La efectividad y sostenibilidad de los Programas de Dispensación Responsable de bebidas Alcohólicas (DRA) dependen sobre todo de ...
 Respuesta: e) todas son ciertas
 Todos los elementos mencionados son importantes, aunque es la política comunitaria la que ha de darles sentido y agruparlos. La DRA ha mostrado su efectividad donde la formación de los camareros y empresarios es obligada o impulsada por las autoridades locales.
- 105.** Entre las conductas adecuadas ante el pedido de un cliente que ya ha bebido demasiado, el camarero puede:
 Respuesta: e) a y b son correctas
 Existen numerosas estrategias para evitar o demorar servir más alcohol al cliente intoxicado. Faltarle al respeto o echarle del local despertará su agresividad y no evitará que prosiga su ruta alcohólica.

COMPARACIÓN DE LA EFICACIA PREVENTIVA DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL SOBRE LAS ACTITUDES HACIA EL CONSUMO JUVENIL DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

- 106.** En la prevención de la drogadicción juvenil se obtiene mayor eficacia preventiva:
 Respuesta: d) posibilitando intervenciones en las que se coordinen estrategias de prevención entre agencias socializadoras, comunitarias e institucionales
 En una problemática multideterminada como es la de la experimentación con sustancias psicoactivas por parte de colectivo juvenil se ha de abogar por la (re)instalación de la dimensión sociocomunitaria en cuantas parcelas se involucra el sujeto como individuo y ciudadano que es en comunidad, sin relegar su individualidad y subjetivación de lo dado, pero soslayando intentos de psicologizar los problemas, siendo una pretensión mediante la que se han de tratar de suplir las carencias que un enfoque individualista acarrea.

- 107.** Las propuestas de identificación de las influencias sociales sobre el consumo, la tendencia a favorecer la toma de decisiones y las estrategias de entrenamiento en habilidades sociales se proponen desde los programas:

Respuesta: c) psicosociales

Los programas psicosociales se aportan como estrategias de acción desde un planteamiento psicosociológico de esta problemática, en el que se tiende a un abordaje de procesos implicados en la determinación del consumo, tales como los procesos de influencia y presión grupal, la necesidad de integración en el grupo, el liderazgo o las búsquedas y/o redefiniciones de la identidad personal y psicosocial del adolescente.

- 108.** De las siguientes afirmaciones sobre prevención e intervención sólo se considera una como correcta:

Respuesta: b) Prevenir en materia de drogas ha de ser un acto de concienciación y mediación

Intervenir para cambiar una realidad o anticiparse a ella e intentar prevenirla ha de considerarse como un acto de mediación, no de imposición desde una posición particular. Como investigadores sociales se trata de promover una corresponsabilización a través de los actos preventivos e intervenciones varias, lo cual representa un ejercicio de activación activa del compromiso social en un problema que es de todos.

- 109.** Desde un planteamiento psicosociológico como el defendido en este estudio el abordaje que se considera más acertado de la salud es el correspondiente a considerarla como:

Respuesta: d) un concepto asociado a los estilos de vida y al bienestar integral (físico, psicológico y social) y no a mera ausencia de enfermedad

La conceptualización de la salud desde un planteamiento psicosociológico se vincula a una definición en la que se redonda en la subjetivación de los estados personales de salud, en el desarrollo integral de un bienestar no exclusivamente físico, sino psicológico y social, acorde con el presupuesto de la O.M.S. y en el que se considera la retroalimentación entre la salud personal y la comunitaria.

- 110.** Se afirma que la escuela debe emplearse como un instrumento potencialmente preventivo. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones se considera correcta?

Respuesta: c) Se ha confirmado la mayor eficacia de los programas de educación para la salud cuando son impartidos por profesores, incluidos en el currículum escolar e integrados en un programa de promoción de la salud de alcance comunitario

El aula se ha convertido en un escenario privilegiado para la intervención en materia de promoción de la salud, máxime si se desarrolla no como una actividad anecdótica o como una programación de actividades regladas impartidas por un experto, sino como una posibilidad de educación para la salud con la participación del profesorado como agente preventivo y aunando los esfuerzos con otras intervenciones de carácter comunitario contando con la participación activa del alumnado.

- 111.** Del análisis diferencial de las principales modalidades de intervención psicosocial desarrolladas en relación con la eficacia preventiva se concluye que:

Respuesta: d) los mejores resultados preventivos se asocian a una programación optimizante de los recursos personales, sensibilizadora y con implicación familiar y proyección comunitaria

En una intervención eficaz en materia de drogadicción juvenil ha de proponerse optimizar los recursos personales, así como la implicación activa de diversas agencias socializadoras y la reestructuración del tejido social, de modo que las estrategias meramente informativas suelen ser ineficaces para el cambio actitudinal ya que pueden contribuir a modificar creencias (componente cognitivo de la actitud), pero no afectan a las percepciones valorativas y disposiciones personales hacia la experimentación con sustancias psicoactivas.