

Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 11 - N.º 3 - 2009

DROGAS DE ABUSO EN DETENIDOS EN EL JUZGADO DE GUARDIA: REPERCUSIÓN EN EL ÁMBITO PENAL

64. La detección y análisis de drogas de abuso en sujetos en centros de deshabituación, hospitales y centros de trabajo se realiza por:
Respuesta correcta: A. Enzimoimmunoensayo.
El inmunoensayo es una técnica orientativa sencilla en cuanto a realización y tiempo de análisis.

65. La detección de drogas de abuso en orina supone:
Respuesta correcta: D. Que el sujeto había consumido drogas recientemente.
El consumo de drogas aparece en la orina pronto, aunque varía el periodo de detección según la droga considerada. En consumidores crónicos de cannabis puede ser de varias semanas. El consumo de cocaína y heroína puede ser de dos a tres días.

66. La muestra biológica más utilizada para la detección de drogas de abuso es:
Respuesta correcta: E. La orina.
La orina es la muestra habitual, por ser menos invasiva y fácil de obtener, aunque la sangre da información del estado del sujeto y los efectos de las drogas.

67. ¿Cuál es la droga de abuso más frecuentemente encontrada en los sujetos detenidos en los Juzgados de Guardia en Barcelona?
Respuesta correcta: D. La cocaína.
La cocaína es la droga de abuso más prevalente en nuestro estudio de sujetos detenidos en el Juzgado de Guardia de Barcelona.

68. ¿Cuál es la mejor forma analítica de demostrar el consumo crónico de una droga?
Respuesta correcta: E. Análisis de pelo.
El análisis de pelo o cabello es un método poco cruento, sencillo y eficaz para demostrar en primer lugar el consumo de una sustancia. Teniendo en cuenta que el pelo crece aproximadamente a razón de 1 cm al mes, en un sujeto con varios centímetros de cabello se puede demostrar si ha consumido una droga determinada en los últimos meses anteriores a la extracción de la muestra.

69. ¿Qué utilidad tiene a nivel médico-forense el análisis de drogas en el pelo?
Respuesta correcta: E. Todas las anteriores son ciertas.
Obviamente todas las respuestas son ciertas. El análisis de pelo se utiliza habitualmente en medicina forense, descarta el consumo de drogas o lo confirma y puede objetivar también un consumo continuado.

PACIENTE CON ABUSO DE ALCOHOL, INFECCIÓN POR EL VIH Y HEPATITIS CRÓNICA C

70. En el tratamiento del alcoholismo, ¿qué tres fármacos se utilizan habitualmente?
Respuesta correcta: D. Naltrexona, acamprosato, disulfiram.
En el tratamiento farmacológico del alcoholismo se dispone de tres fármacos contrastados: naltrexona, acamprosato y disulfiram.

71.	<p>¿Qué efectos tiene la coinfección del virus de la hepatitis C (VHC)/virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) sobre la historia natural de la hepatitis crónica C?</p> <p>Respuesta correcta: E. Todas las anteriores.</p> <p>Mientras que el curso de hepatitis crónica C en adictos a drogas sin VIH puede tener una evolución indolente en los primeros 20 años de infección, la coinfección VHC/VIH suele tener un efecto negativo sobre la historia natural de la hepatitis crónica C.</p> <p>Así, la coinfección por el VIH disminuye la probabilidad de que se produzca una resolución espontánea de la infección por VHC. Por otro lado, la coinfección por el VIH se relaciona con cargas víricas del VHC más elevadas, con una más rápida progresión de la fibrosis hepática hacia cirrosis y enfermedad hepática terminal. Una vez establecida la cirrosis, la coinfección por el VIH se asocia a un mayor riesgo de descompensación hepática y a una mayor mortalidad por dicha causa.</p>
72.	<p>En el caso de una hepatopatía crónica por VHC, ¿qué impacto tiene el consumo de alcohol?</p> <p>Respuesta correcta: B. El alcoholismo activo es una contraindicación para el inicio del tratamiento de la hepatitis crónica C.</p> <p>Es importante recordar que el alcoholismo activo es una contradicción para el inicio de tratamiento de la hepatitis crónica C por el riesgo de un menor cumplimiento terapéutico, y que el alcoholismo activo es una contraindicación absoluta para recibir un trasplante hepático.</p>
73.	<p>¿Qué consideraciones hay que tener en cuenta para la elección de un tratamiento antirretroviral?</p> <p>Respuesta correcta: E. B y C son correctas.</p> <p>Las consideraciones antes de poner el tratamiento con antirretrovirales son diversas: se debe tener en cuenta la hepatotoxicidad de los antirretrovirales, el riesgo de esteatohepatitis y el de la posible interacción con otros fármacos, en este caso con la metadona.</p> <p>Por otro lado, si el paciente pudiera ser candidato a tratamiento de la hepatitis crónica C con interferón y ribavirina habría que tener en cuenta que zidovudina se asocia a mayor riesgo de anemia secundaria al tratamiento con ribavirina, mientras que didanosina se asocia con un mayor riesgo de acidosis láctica durante el tratamiento.</p> <p>Además, existen datos suficientes para indicar que el tratamiento con abacavir se relaciona con una menor probabilidad de obtener una respuesta vírica sostenida con interferón y ribavirina. Por otra parte, el consumo de alcohol puede provocar una disminución de hasta el 41 % en los niveles plasmáticos de abacavir.</p>
74.	<p>¿Cuál sería la intervención primaria en este paciente?</p> <p>Respuesta correcta: A. Resolver los problemas de abuso de alcohol y tratar el VIH/sida.</p> <p>La intervención primaria en este paciente sería resolver los problemas relacionados con el abuso de alcohol y tratar el VIH/sida. En casos con deterioro general el ingreso para contener el abuso de sustancias/desintoxicación, realizar una valoración orgánica y reintroducir el tratamiento antirretroviral está claramente indicado. Una vez el paciente se encuentre en mejor situación clínica e inmunitaria se podría plantear el tratamiento de la hepatitis crónica C.</p>

VARÓN CONSUMIDOR DE ALCOHOL Y CANNABIS: TRATAMIENTO EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN AMBULATORIO

75.	<p>¿Cuál de las siguientes supone una prueba determinante del diagnóstico de dependencia del alcohol?</p> <p>Respuesta correcta: C. No existen pruebas específicas para el diagnóstico de dependencia del alcohol, este se basa en la historia clínica.</p> <p>No existen pruebas específicas para el diagnóstico de dependencia del alcohol, este se basa en la historia clínica que constituye el documento más valioso para la valoración del paciente con problemas por consumo de sustancias.</p>
76.	<p>¿Cómo definirías los episodios de consumo concentrado de alcohol?</p> <p>Respuesta correcta: E. Son ciertas A y C.</p> <p>En España en 2008 la “Primera Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España” propuso una nomenclatura española: <i>episodios de consumo concentrado</i>, utilizando criterios de cantidad, duración y frecuencia.</p> <p>En cuanto a la cantidad (consumo concentrado), la Organización Mundial de la Salud la define como la ingestión de al menos 60 g de alcohol (6 unidades de bebida estándar) en una ocasión de consumo.</p>

77.	<p>¿Cuál de la siguiente sintomatología puede deberse al consumo crónico de cannabis?</p> <p>Respuesta correcta: E. Todas son ciertas.</p> <p>La Organización Mundial de la Salud considera que el consumo crónico de cannabis afecta tanto a la salud mental (altera la capacidad de organización e integración de información compleja implicando la atención, memoria, aprendizaje verbal, ordenamiento, atención, discriminación auditiva, filtración de información irrelevante, deteriora la aptitud psicomotora en un variado número de tareas, entre ellas la conducción de vehículos) como a la salud física, afectando al sistema respiratorio, cardiovascular, inmunitario, endocrino y reproductor.</p>
78.	<p>¿Es útil conocer el nivel de <i>craving</i> del paciente?</p> <p>Respuesta correcta: A. Sí, como indicador de la gravedad de la dependencia, y para evaluar la eficacia del tratamiento.</p> <p>La evaluación de los niveles de <i>craving</i> puede ser de utilidad, tanto al inicio del tratamiento como indicador de la gravedad de la dependencia, como también para evaluar la eficacia de las intervenciones terapéuticas. La Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA) ha demostrado ser un instrumento válido y fiable para la evaluación del <i>craving</i>.</p>
79.	<p>Cuando se consume alcohol y cocaína:</p> <p>Respuesta correcta: B. Se produce mayor agresividad y conductas violentas.</p> <p>La administración de cocaína durante la intoxicación alcohólica produce una falsa sensación de sobriedad y de mejora del rendimiento psicomotor. Los afectados creen que están mucho menos embriagados y se consume para disminuir o minimizar la borrachera. Además, la combinación aumenta los efectos euforizantes y cardiovasculares (presión arterial, frecuencia cardíaca y gasto cardíaco) de la cocaína. Como consecuencia, la combinación tiene un mayor potencial de abuso y un incremento del riesgo de patología cardiovascular. Además, produce mayor agresividad y conductas violentas. El alcohol provoca un incremento de las concentraciones de cocaína y la formación de un metabolito específico, el cocaetileno, que presenta actividad similar a la cocaína.</p>
80.	<p>Los grupos de autoayuda ayudan al paciente a:</p> <p>Respuesta correcta: D. La búsqueda de estrategias de afrontamiento para romper la relación con el alcohol.</p> <p>Los grupos de autoayuda ayudan al paciente a la búsqueda de estrategias de afrontamiento para romper la relación del alcohol con el ejercicio de cierta actividad (relacionarse socialmente, comer, etc.).</p>

EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y DIAGNÓSTICO DE PATRÓN DE CONSUMO

81.	<p>¿Cuál es el método de referencia en clínica para valorar el consumo de alcohol?</p> <p>Respuesta correcta: C. Cuantificación en unidades de bebida estándar (UBE).</p> <p>La cuantificación del consumo en UBE es actualmente el método de referencia en todos los niveles asistenciales (primaria, especializada y hospitalaria). La evaluación del consumo en UBE permite una cuantificación rápida del consumo y su fácil conversión en gramos de alcohol puro. El valor de la UBE en España se establece en 10 g de alcohol y equivale a una consumición de vino (100 ml), cava (100 ml) o cerveza (200 ml) y a media consumición de destilados o combinados (25 ml).</p>
82.	<p>¿A qué pacientes habría que hacer una valoración del consumo de alcohol?</p> <p>Respuesta correcta: A. A todos.</p> <p>Lo ideal sería valorar el consumo de alcohol en todos los pacientes. En circunstancias de sobrecarga asistencial se ha sugerido que el cribado se realice al menos en grupos de alto riesgo (por ejemplo varones jóvenes) y en aquellos pacientes que presentan patología que pudiera estar relacionada con el consumo de alcohol, o signos físicos que lo sugieran, como telangiectasias faciales, hipertrofia parotídea o hepatomegalia. Sin embargo, la recomendación actual en pacientes hospitalizados sería la del cribado universal.</p>
83.	<p>¿Qué utilidad tiene el test AUDIT-C?</p> <p>Respuesta correcta: E. Todas las anteriores.</p> <p>El AUDIT-C se utiliza para el cribado del consumo de riesgo de alcohol. Consta de las tres primeras preguntas del AUDIT, que valoran frecuencia y cantidad de consumo. Es por tanto una herramienta útil para detectar consumos de riesgo y es la que ha sido recomendada para su utilización en clínica.</p>

84.	<p>Alguno de los siguientes es un patrón de consumo de alcohol: Respuesta correcta: E. Son correctas B y C. Según los criterios ICD-10 hay varios patrones de consumo de alcohol: el consumo de riesgo, el perjudicial y la dependencia.</p>
85.	<p>¿Con cuál de las siguientes patologías no está relacionada la anemia macrocítica? Respuesta correcta: D. Diabetes. Para poder atribuir la macrocitosis al consumo de alcohol hay que descartar otras causas, como la enfermedad hepática, el hipotiroidismo, el tratamiento con fármacos antimetabolito o síndromes mielodisplásicos.</p>
86.	<p>Una vez realizado el diagnóstico del patrón de consumo de alcohol se realiza una intervención breve para: Respuesta correcta: B. Ayudar al paciente a identificar su problema y ayudarlo a solucionarlo. Una vez realizado el diagnóstico clínico debemos realizar la intervención (una entrevista motivacional o una intervención breve) para ayudar al paciente a identificar que tiene un problema y a tomar los pasos necesarios para prevenir complicaciones futuras.</p>

ANÁLISIS Y RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE MANEJO DE CONTINGENCIAS

87.	<p>¿Qué datos nos proporciona el cuestionario de calidad de vida SF-36? Respuesta correcta: C. Valores sobre las dimensiones de vitalidad, función física, dolor, función social, salud mental, salud general, rol físico y rol emocional. Proporciona valores sobre 8 dimensiones señaladas. Los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). El cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global. Sin embargo, permite el cálculo de dos puntuaciones resumen mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión: medida sumario física y mental.</p>
88.	<p>Los factores que influyen al realizar la evaluación de los programas terapéuticos para pacientes alcohólicos son: Respuesta correcta: E. Todas son ciertas. La gran diversidad de instrumentos de medida utilizados en los programas de tratamiento, como los criterios de éxito, heterogeneidad de la muestra, etc., influyen y dificultan la comparación de resultados y evaluación interprogramas.</p>
89.	<p>¿Cuál de las siguientes no es causa de <i>delirium tremens</i> en un alcohólico? Respuesta correcta: E. Todas pueden dar lugar a <i>delirium tremens</i> en un alcohólico. El <i>delirium tremens</i> es una forma grave de la abstinencia alcohólica que involucra cambios neurológicos o mentales repentinos y graves. Es más común en las personas que tienen antecedentes de abstinencia alcohólica y también afecta frecuentemente a aquellas que han tenido antecedentes de consumo habitual de alcohol durante más de 10 años, y sus causas son las señaladas en A, B, C y D.</p>
90.	<p>El origen de los programas de manejo de contingencias se sitúa en torno a: Respuesta correcta: C. A mediados o finales de los 60. El origen se sitúa a mediados y finales de los años 60 en centros institucionalizados en pacientes crónicos con alteraciones conductuales. Ayllon y Azrin fueron los pioneros en el desarrollo de estos programas.</p>
91.	<p>Las terapias conductuales poseen una buena relación en cuanto a: Respuesta correcta: D. Costes y beneficios. La Asociación Psicológica Americana (APA) ha desarrollado un método de evaluación para estudiar la eficacia de los programas de tratamiento psicológico y, como resultado de estos estudios, se otorga un predominio absoluto de las técnicas conductuales y cognitivo-conductuales en guías de tratamiento empíricamente validadas.</p>
92.	<p>Los registros de resultados de etilometrías son un instrumento más afín a terapias basadas en teorías: Respuesta correcta: B. Conductuales. El análisis conductual aplicado se esfuerza en la medición directa: observando y registrando las respuestas de los sujetos en las situaciones de tratamiento. Con la medición directa se lleva a cabo una evaluación del individuo en la situación real. Este instrumento es afín a teorías de corte conductual.</p>