



Autoevaluación y Formación Continuada en



Volumen 8 - N.º 1 - 2006



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 esta área.

Las personas que deseen que se les acredite 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.

PACIENTE PSICÓTICO Y CONSUMO DE SUSTANCIAS: PATOLOGÍA DUAL

1. Se ha demostrado la utilidad de la clozapina en el tratamiento de pacientes con dependencia de sustancia:
 A. No hay estudios al respecto.
 B. La clozapina es de primera elección en éstos.
 C. Hay estudios que han demostrado su utilidad.
 D. B y C son correctas.
 E. Ninguna es correcta.
2. En relación con la prevalencia de la patología dual, señale la respuesta correcta:
 A. Los estudios epidemiológicos señalan que es frecuente.
 B. El curso y el pronóstico empeoran en pacientes psicóticos con dependencia de sustancias.
 C. Según algunos autores si se consigue mantener la abstinencia el pronóstico de estos pacientes es mejor.
 D. Todas son ciertas.
 E. Ninguna es cierta.
3. El consumo de xantinas puede potenciar el consumo de otras sustancias de abuso:
 A. No, a la persona que consume xantinas no le suelen gustar otras sustancias.
 B. Si, el consumo de xantinas puede potenciar el consumo de otras sustancias.
 C. Las xantinas producen refuerzo positivo y no se necesita ninguna otra sustancia.
 D. Sólo potencian el consumo en pacientes con patología dual.
 E. Ninguna es cierta.
4. Algunos de los principales objetivos de las técnicas psicoeducativas son:
 A. Aumentar la conciencia de enfermedad.
 B. Mejorar el cumplimiento del tratamiento.
 C. Detección de los síntomas prodrómicos.
 D. Prevenir la conducta suicida.
 E. Todas son ciertas.

5. ¿Que precauciones exige el tratamiento con clozapina?
- A. Controles hematológicos seriados.
 - B. Controles semanales de por vida.
 - C. Control el primer mes.
 - D. Control durante los primeros 6 meses.
 - E. No exige ningún control, fuera de las precauciones médicas habituales.

INTOXICACIÓN AGUDA POR MDMA: MANEJO INICIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

6. ¿Qué diferencias clínicas existen entre el coma tóxico inducido por gamma-hidroxibutirato (GHB) o por metilendioxi metanfetamina (MDMA)?
- A. El GHB provoca miosis puntiforme y la MDMA midriasis.
 - B. Ambos se asocian a midriasis, pero la MDMA provoca un estado simpaticomimético generalizado que no acostumbra a darse en la intoxicación por MDMA.
 - C. Ambos se asocian a hipertermia y taquicardia, pero es más probable que la MDMA ocasione hipotensión arterial y shock que no el GHB.
 - D. La MDMA causa más frecuentemente crisis comiciales generalizadas, mientras el GHB causa sobre todo crisis comiciales parciales que posteriormente pueden generalizarse o no.
 - E. Ambos son sustancias muy hepatotóxicas y pueden asociarse a fallo hepático fulminante.

7. ¿Cuál es el mejor tratamiento para la hipertermia maligna por MDMA?
- A. Medidas físicas más salicilatos más fenotiazinas más antihistamínicos.
 - B. Medidas físicas más aspirina más dantroleno.
 - C. Medidas físicas más dantroleno, más fenotiazinas.
 - D. Medidas físicas más benzodiacepinas más metamizol más dantroleno.
 - E. Medidas físicas más paracetamol más olanzapina.

8. La diselectrolitemia a muy corto plazo de mayor riesgo en la intoxicación aguda por MDMA es:
- A. La hiperkaliemia, secundaria a la rabdomiólisis, acidosis metabólica e insuficiencia renal aguda.
 - B. La hipermagnesemia, que puede contribuir a desencadenar crisis comiciales generalizadas.
 - C. La hiponatremia, agravada por la elevada ingesta de líquidos durante el ejercicio, y que puede contribuir al edema cerebral.
 - D. La hipernatremia secundaria a la deshidratación por la hipertermia extrema o maligna.
 - E. La hipokaliemia secundaria a la diaforesis profusa y vómitos causados por el edema cerebral.

9. ¿Cuál es el mejor fármaco antiepiléptico para tratar de primera intención las crisis comiciales provocadas por MDMA?
- A. Clonazepam ev (endovenoso).
 - B. Valproato sódico ev.
 - C. Fenitoína ev.
 - D. Barbitúricos ev.
 - E. Propofol.

10. En un paciente intoxicado por MDMA en estado de coma profundo, ¿debe realizarse una tomografía computarizada (TC) craneal?
- A. No es necesario que sea precoz, puede demorarse 48-72 horas, hasta comprobar si recupera la conciencia y la normalidad neurológica.
 - B. Debe ser precoz. El coma puede ser multifactorial (tóxico, hipertermia, convulsiones, hiponatremia, etc.), pero pueden existir lesiones cerebrales ocupantes de espacio (hemorragia intraparenquimatosas, hematoma subdural, etc.). También puede existir edema cerebral.
 - C. Si observamos focalidad neurológica o signos meníngeos, debe ser inmediata para poder practicar después la punción lumbar.
 - D. No debe hacerse de entrada. No va a modificar el tratamiento ni el pronóstico. Se puede realizar pasados unos días, y quizás tampoco sea necesario.
 - E. Todas las anteriores son correctas.

JOVEN CON CONSUMO DE ALCOHOL Y CANNABIS Y ACCIDENTE DE TRÁFICO

- 11.** Según la Encuesta Domiciliaria sobre abuso de Drogas de 2003 ¿cuál ha sido la droga más consumida alguna vez los últimos 30 días en el año 2003?
- A. Cannabis.
 - B. Alcohol.
 - C. Cocaína.
 - D. Tabaco.
 - E. Éxtasis.
- 12.** La edad media de inicio en el consumo de cannabis reflejada por la última Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en las Enseñanzas Secundarias de 2004 es de:
- A. 12,5 años.
 - B. 13,7 años.
 - C. 15,1 años.
 - D. 14,7 años.
 - E. 16,5 años.
- 13.** Si se sufre un accidente bajo los efectos del alcohol ¿aumenta la lesividad del mismo en la persona que está bajo los efectos del alcohol?
- A. Sí, conducir bajo los efectos del alcohol aumenta la «lesividad» del accidente.
 - B. No, la lesividad depende de las circunstancias del accidente.
 - C. Las lesiones del accidentado sólo dependen de la velocidad a la que se produzca el accidente.
 - D. Ninguna de las anteriores.
- 14.** ¿Qué efectos produce el cannabis que pueden deteriorar la aptitud para conducir?
- A. Alteración de la percepción temporal y/o sensorial.
 - B. Efecto depresor o sedante y alteración de las funciones motoras.
 - C. Cuadros de reacciones de pánico, impresiones retrospectivas, reacciones psicóticas, ansiedad depresión y trastornos de memoria.
 - D. Todas las anteriores.
- 15.** El consumo de alcohol sumado al de cannabis pueden determinar una posibilidad mayor de tener un accidente de tráfico:
- A. El consumo de alcohol no afecta a las capacidades para conducir, pero sí el cannabis.
 - B. El consumo de las dos sustancias no tiene nada que ver con la producción del accidente.
 - C. El consumo de las dos drogas (alcohol y cannabis) deteriora en mayor medida la aptitud para conducir que una sola de ellas.
 - D. El responsable del accidente normalmente es el mal estado del firme de la carretera y la velocidad excesiva.
 - E. El alcohol influye en el deterioro de la capacidad para conducir pero el cannabis no.

EL TRASTORNO NEGATIVISTA DE LA PERSONALIDAD Y SU RELACIÓN CON EL ABUSO DE SUSTANCIAS

- 16.** De los siguientes criterios cuál no es planteado por Millon para definir el trastorno negativista de la personalidad:
- A. Ambivalencia interpersonal.
 - B. Satisfacción con la autoimagen.
 - C. Sentimiento de incompreensión y falta de aprecio por parte de los demás.
 - D. Uso de la impredecibilidad y los comportamientos huraños para provocar malestar en los otros.
 - E. Se muestra pesimista, disgustado y desilusionado con la vida normalmente.

<p>17.</p>	<p>En función de los estudios revisados, los datos de prevalencias del trastorno negativista de la personalidad en drogodependientes oscilan entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A. 10-15%. <input type="checkbox"/> B. 60-90%. <input type="checkbox"/> C. 1,5-5%. <input type="checkbox"/> D. 30-60%. <input type="checkbox"/> E. 50-75%.
<p>18.</p>	<p>¿Cuál es el único ítem de los que Millon considera como nucleares para evaluar el trastorno negativista que parece no corresponderse con los criterios del DSM-IV-TR para evaluar este trastorno?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A. Si mi familia me obliga o presiona es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren. <input type="checkbox"/> B. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho. <input type="checkbox"/> C. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor. <input type="checkbox"/> D. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente. <input type="checkbox"/> E. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.
<p>19.</p>	<p>¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A. Los negativistas tienen un mayor número de intentos de suicidio que los límites. <input type="checkbox"/> B. Los negativistas tienen mejor ajuste laboral que los límites. <input type="checkbox"/> C. Los negativistas mantienen mejor la abstinencia que los límites. <input type="checkbox"/> D. En los límites es más frecuente la historia de maltrato físico que en los negativistas. <input type="checkbox"/> E. Los problemas judiciales son mínimos en ambos grupos.
<p>20.</p>	<p>¿A qué trastorno de personalidad se aproxima el trastorno negativista cuando se ponen en relación el MCMI-II y el BFQ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A. Dependiente. <input type="checkbox"/> B. Límite. <input type="checkbox"/> C. Esquizoide. <input type="checkbox"/> D. Antisocial. <input type="checkbox"/> E. B y D.
<p>21.</p>	<p>¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el tratamiento del trastorno negativista es la incorrecta?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A. Es suficiente con el tratamiento psiquiátrico o médico. <input type="checkbox"/> B. Requiere intervención farmacológica. <input type="checkbox"/> C. Requiere intervención psicológica. <input type="checkbox"/> D. Requiere intervención en el ámbito social. <input type="checkbox"/> E. Las opciones B, C y D son correctas.

TRATAMIENTOS COMBINADOS EN LA ADICCIÓN A DROGAS

<p>22.</p>	<p>¿En qué sentido se ha producido la aproximación entre las terapias psicológicas y las farmacológicas?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A. Las estrategias psicológicas para aumentar la observancia de un tratamiento con fármacos. <input type="checkbox"/> B. La administración de psicofármacos para facilitar el tratamiento psicológico. <input type="checkbox"/> C. La evaluación comparativa de ambos tipos de intervenciones. <input type="checkbox"/> D. Todas son verdaderas. <input type="checkbox"/> E. Todas son falsas.
<p>23.</p>	<p>Los tratamientos combinados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A. Consisten en la combinación de varias estrategias terapéuticas disponibles. <input type="checkbox"/> B. Se basan en el fundamento de que los tratamientos conductuales y farmacológicos producen efectos acumulativos. <input type="checkbox"/> C. Se basan en ensayos clínicos controlados. <input type="checkbox"/> D. Todas son falsas. <input type="checkbox"/> E. Todas son verdaderas.

24. En la actualidad los tratamientos conductuales constituyen el principal abordaje de los tratamientos para el abuso de sustancias:
- A. Sólo para los caso de abuso de cocaína.
 - B. Sólo en los tratamientos en régimen de internamiento.
 - C. Sólo si se combinan con fármacos de mantenimiento.
 - D. Verdadero.
 - E. Falso.
25. El tratamiento que mayor evidencia ha obtenido para el tratamiento del abuso y la dependencia a la cocaína es:
- A. Tratamiento farmacológico con disulfiram.
 - B. Enfoque de refuerzo comunitario más incentivos.
 - C. Terapia psicodinámica más incentivos.
 - D. Psicoterapia de apoyo con disulfiram.
 - E. Terapia cognitiva con topiramato.
26. El tratamiento que mayor evidencia ha obtenido para el tratamiento del abuso y la dependencia a opiáceos es:
- A. Naltrexona con apoyo de redes sociales de apoyo.
 - B. Combinación de buprenorfina más naltrexona.
 - C. Mantenimiento con metadona con tratamiento conductual.
 - D. Manejo de contingencias más tratamiento farmacológico.
 - E. Son verdaderas C y D.
27. Señalar la respuesta correcta:
- A. Los psicofármacos capacitan al paciente para la terapia psicológica.
 - B. La terapia psicológica favorece el tratamiento farmacológico.
 - C. La terapia psicológica favorece el cumplimiento de las prescripciones farmacológicas.
 - D. Todas son verdaderas.
 - E. Todas son falsas.

EVIDENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS EN EUROPA DURANTE LA PREHISTORIA

28. Las primeras evidencias del consumo de drogas se remontan:
- A. A mediados del siglo XX con los productos de síntesis.
 - B. Al tercer milenio a.C. con las tablillas sumerias.
 - C. A mediados del siglo XIX con el hallazgo del yacimiento de la Cueva de los Murciélagos de Albuñol.
 - D. A la Prehistoria.
 - E. No existen datos al respecto.
29. ¿Cómo se puede estudiar el consumo de drogas en la Prehistoria?
- A. Estableciendo paralelos antropológicos con pueblos primitivos actuales que las consumen.
 - B. Por las referencias que aluden a esta práctica en las fuentes escritas de la Antigüedad.
 - C. Gracias al hallazgo de restos arqueobotánicos de plantas con propiedades psicoactivas en yacimientos prehistóricos.
 - D. Por los resultados de ciertas técnicas analíticas.
 - E. Todas las respuestas anteriores son correctas.
30. En la Europa prehistórica se emplearon diversas plantas con propiedades psicoactivas. ¿Cuál de ellas aparece representada en escenas de indudable carácter religioso?
- A. Marihuana.
 - B. Coca.
 - C. Adormidera.
 - D. Efedra.
 - E. Hongos psicotrópicos.

31. En la tumba siberiana de Pazyryk, del siglo IV a.C., se encontraron restos de un vegetal psicoactivo, lo que vino a confirmar un pasaje del historiador griego Herodoto en el que menciona que los escitas lo consumían por sus propiedades euforizantes. ¿De qué especie se trata?
- A. Adormidera.
 - B. Mandrágora.
 - C. Beleño.
 - D. Marihuana.
 - E. Coca.
-
32. ¿De qué estaba compuesta la bebida alucinógena que se detectó en los yacimientos del Calvari d'Amposta y Pintia?
- A. Cerveza con hiosciamina.
 - B. Vino con mandrágora.
 - C. Un preparado de opio.
 - D. Cerveza con cornezuelo de centeno.
 - E. Hidromiel con cápsulas de adormidera.
-
33. ¿De cuál de las siguientes sustancias hay constancia de su hallazgo en la Antigüedad?
- A. Opio.
 - B. LSD.
 - C. Gamma-hidroxi-butírico.
 - D. Fenciclidina.
 - E. Éxtasis.

Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 7, N.º 4 - 2005

CONSEJO BREVE EN BEBEDOR DE RIESGO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

67. ¿Cuál es el objetivo prioritario de registrar el consumo de alcohol de los pacientes que acuden a la consulta de Atención Primaria, sea cual fuere el motivo de consulta?

Respuesta: E) Identificar a los pacientes con consumo de riesgo o con trastornos por uso de alcohol.

Es evidente que tener información sobre el consumo (en unidades de consumo o gramos), semanal y sobre los episodios de ingesta copiosa es objetivo del registro, pero dicha información sirve en definitiva para conocer si el paciente es un bebedor de riesgo o presenta cualquier trastorno por uso de alcohol, y actuar en consecuencia. La información registrada también puede servir con fines epidemiológicos, pero el objetivo primordial es la identificación de los casos.

68. ¿Cuál es el consumo de alcohol que debemos recomendar a nuestros pacientes?

Respuesta: A) Ninguno.

No debemos confundir los límites a tener en cuenta para minimizar el riesgo con una recomendación activa de consumo. A pesar de las evidencias de la literatura respecto a un efecto protector frente a la cardiopatía isquémica, este mensaje induce a error. La población bebedora ya suele beber por encima del posible nivel protector (1 vaso de vino cada dos días). A la persona no bebedora no hay que inducirle a consumir, dadas las características tóxicas y potencialmente adictivas del etanol, habiéndose estimado que tal recomendación, a nivel poblacional, podría inducir la adicción en un 15% de las personas, sin reducir de forma apreciable la morbimortalidad por isquemia coronaria. Por otra parte, los mismos niveles potencialmente cardioprotectores incrementan el riesgo para otras patologías que presentan una relación lineal con el consumo, inclusive la cardiomiopatía y las arritmias. El propio riesgo coronario aumenta al consumir > 2 vasos/día. La Asociación Estadounidense de Cardiología no recomienda el consumo de etanol para mejorar el estado cardiovascular.

69. ¿Cuáles son las indicaciones de la intervención destinada a reducir consumos?

Respuesta: E) C y D son ciertas.

Si el paciente presenta una dependencia alcohólica, la intervención debe ir orientada a la abstinencia y concentrarse en la motivación del enfermo para acometer un tratamiento específico de deshabitación. Ello no obstaculiza el pactar reducciones de consumo con pacientes que se nieguen a abstenerse, entendiendo que, si no les funciona la ingesta controlada, aceptarán un replanteamiento de objetivos.

Aunque el consumo de 2 unidades diarias en la mujer y 3 en el varón marcaría el límite del consumo prudente, existe un cierto consenso con respecto a reservar las intervenciones para aquellos pacientes con un nivel medio de riesgo, dado que muchos pacientes rechazarían la intervención en niveles inferiores de riesgo, especialmente en países donde tales consumos están «normalizados». Ello no impide hacer educación sanitaria sobre los límites prudentes e intentar que los bebedores de > 280 g/semana (170 g, en la mujer) rebajen la ingesta hasta alcanzar dicha categoría, aunque el objetivo inicial sea que, al menos, desciendan en su nivel de riesgo pasando del medio al bajo (210-280 g/semana en el hombre y 140-169 g/semana en la mujer, sin episodios de consumo concentrado).

70. La intervención breve es...

Respuesta: C) Una estrategia de movilización del paciente.

La intervención breve no puede ser considerada un tratamiento en sentido estricto, y tampoco un recurso educativo, aunque está bien hacer un comentario educativo sobre los hábitos de riesgo explorados. La intervención breve ha sido básicamente concebida para promover el cambio de los pacientes que arriesgan su salud en relación con hábitos de vida (alcohol, tabaco, sobrepeso...), ayudándoles en sus reflexiones y proceso re-educativo y de modificación de conducta. No se trata de persuadir a nadie, dado que las decisiones válidas son las que tienen como fundamento las ideas que han salido de la propia mente. La confrontación crea resistencias y rompe el diálogo, siendo la estrategia opuesta al modelo motivacional.

71. En una consulta sobrecargada la mejor opción para cribar problemas de alcohol es:
 Respuesta: E) B y C son ciertas.

La anamnesis de consumo para ser útil ha de recoger el consumo habitual registrando cantidad y frecuencia, así como pautas de consumo (no es lo mismo beber 14 unidades en una semana o en un día, ni consumir habitualmente 3 unidades pero 7 en el fin de semana). Las 3 primeras cuestiones del AUDIT (también conocidas como AUDIT-C) recogen de forma simple y rápida tanto la cantidad/frecuencia como los episodios de consumo elevado. Si el paciente no supera el umbral diagnóstico de bebedor de riesgo (≥ 5 en el hombre y ≥ 4 , en la mujer), se habrá acabado la exploración, a no ser que puntúe 0, dado que en un paciente que se declare abstinentemente habrá que averiguar si lo fue siempre o se ha abstenido tras haber sido bebedor, en cuyo caso es importante averiguar si lo dejó por problemas de salud o dependencia. En pacientes con AUDIT-C positivo debe pasarse el cuestionario AUDIT completo para identificar no sólo el consumo, sino también sus posibles consecuencias. El CAGE no debe ser nunca una primera opción exploratoria, ya que criba sólo la dependencia.

PACIENTE EN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA

72. ¿Cuál es la duración adecuada de un programa de mantenimiento con metadona?
 Respuesta: E) Dependerá del tipo del programa y de las características del paciente.

Aunque hay algunas recomendaciones al respecto, la duración de un mantenimiento con metadona dependerá de los objetivos del programa, y desde luego de la disposición y tolerancia por parte del sujeto y del tratamiento que le administramos. Aunque previamente pudiéramos fijar una duración, la evolución del paciente durante el tratamiento será la que nos ayude a decidir cuándo debe finalizar.

73. ¿Qué fármaco de los siguientes está contraindicado cuando se realiza tratamiento con metadona?
 Respuesta: C) Naltrexona.

La naltrexona es un antagonista opiáceo que administrado a un paciente que toma metadona precipitaría un síndrome de abstinencia, por lo cual está contraindicada. Los demás fármacos se pueden administrar durante un tratamiento con metadona, aunque hay que tener en cuenta que la fenitoína y el fluconazol pueden reducir los niveles plasmáticos de metadona y por tanto habrá que retocar la dosis. El clonazepam debe ser usado con cautela, ya que al igual que la metadona es un depresor del sistema nervioso central (SNC).

74. ¿Cuál de los siguientes no es un efecto secundario producido por la metadona?
 Respuesta: C) Aumento de la libido.

Los efectos descritos sobre la sexualidad incluyen una disminución y no un aumento de la libido en algunos casos. El mecanismo podría estar relacionado con la saturación de los receptores opioides endógenos que estarían implicados en las sensaciones de placer.

75. Respecto al tratamiento de mantenimiento con metadona cuál es la afirmación falsa.
 Respuesta: B) Las dosis de mantenimiento no deberían sobrepasar los 120-150 mg/día.

No hay descritas dosis máximas de mantenimiento en estos tratamientos. En principio la dosis de mantenimiento será aquella con la que el paciente se encuentre cómodo; que suprima las molestias de abstinencia y el deseo de consumo y que no produzca efectos de sedación. Hay una gran variabilidad individual que depende en gran medida de la metabolización de la sustancia. Aunque son casos anecdóticos hay algunos pacientes que reciben dosis de mantenimiento de más de 1.000 mg/día.

76. ¿Qué dosis sería la más adecuada para iniciar un mantenimiento con metadona en un paciente que consume unos 250 mg/día de heroína por vía endovenosa?
 Respuesta: D) Entre 20 y 45 mg/día.

No es fácil calcular con precisión la dosis equivalente de metadona para un consumo de heroína, ya que hay múltiples factores que influyen, como es el grado de pureza, la tolerancia del individuo, la vía utilizada o el consumo concomitante de otras sustancias. Aun así en un consumidor habitual de 250 mg/día la dosis de inicio más adecuada estaría en el intervalo de 20 a 45 mg/día.

SÍNDROME CORONARIO AGUDO POR COCAÍNA. MANEJO INICIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

77. En el caso de síndrome coronario agudo por consumo de cocaína, ¿la clínica habitualmente aparece inmediatamente después del consumo o puede aparecer más tarde?
 Respuesta: B) Puede aparecer de forma inmediata y también de forma diferida horas o días después del consumo agudo, por mecanismos no bien precisados.
 Probablemente exista una conjunción de varios sustratos de base y de varios mecanismos patogénicos que confluyen de forma diversa en cada paciente. Esto explicaría que la respuesta clínica aparezca con un intervalo variable.

78. ¿Por qué el etanol potencia en gran medida la intensidad de la intoxicación aguda por cocaína?
 Respuesta: B) Por la formación de cocaetileno, un derivado de la cocaína con propiedades de mayor semivida de eliminación y de acción más intensa.
 La explicación es evidente. Las otras afirmaciones no son ciertas o el efecto aducido carece de relevancia.

79. ¿Qué tratamiento farmacológico es el idóneo para un síndrome coronario agudo por cocaína de 60-90 minutos de duración con elevación del segmento ST que no cede rápidamente?
 Respuesta: C) Morfina ev, nitroglicerina ev, fibrinolítico, heparina, estatinas y benzodiacepinas.
 La base farmacológica del tratamiento de un infarto agudo de miocardio (IAM) con elevación del ST en las primeras horas es: aspirina, morfina endovenosa (ev), nitroglicerina ev, fibrinolítico, heparina, estatinas, bloqueadores beta y benzodiacepinas. Pero de esta lista en la intoxicación aguda por cocaína debe caer la aspirina en las primeras horas, para no aumentar la fracción libre de cocaína, y también los bloqueadores beta, que en la fase aguda de la intoxicación por cocaína están contraindicados.

80. Un paciente con vasoespasmo coronario inducido por cocaína, ¿puede ser dado de alta al domicilio pocas horas después, al constatar que los marcadores de lesión miocárdica han salido repetidamente normales y el trastorno inicial del ECG ha revertido por completo de forma rápida?
 Respuesta: C) Siempre debe ser ingresado en el servicio de Cardiología para estudio de posibles lesiones y seguimiento de la evolución.
 El paciente debe ser estudiado a fondo tanto en lo que se refiere a sus vasos coronarios, como a los factores de riesgo cardiovascular, y también debe ser valorado su consumo y adicción a sustancias de abuso que pueden acarrearle complicaciones gravísimas.

81. En un caso de patología secundaria a consumo de cocaína ¿cómo se debe enfocar la información al paciente y a sus familiares?
 Respuesta: E) Todas son correctas.
 La realidad ha sido tan diáfana y las cifras estadísticas son tan elocuentes que no es preciso maquillarlas para convencer al paciente de que el consumo de cocaína supone un riesgo vital, además de favorecer la aparición de complicaciones neuropsiquiátricas graves e invalidantes. Los dos principales órganos o sistemas diana del consumo de cocaína son el sistema nervioso central y el corazón. Por lo tanto, hay que cursar el comunicado, aun en contra del deseo del paciente y de su derecho a la privacidad, ya que en las próximas horas o días pueden aparecer complicaciones que provoquen la muerte del paciente o que sobreviva con secuelas graves (insuficiencia cardíaca, baja laboral por tiempo prolongado o indefinido, etc.).

PACIENTE CON INFECCIÓN POR EL VIH EN TRATAMIENTO CON METADONA

82. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el citocromo P450 es falsa?
 Respuesta: C) Enzimas del citocromo P450 intervienen en el transporte de la metadona.
 La respuesta C es falsa; el citocromo P450 interviene en el metabolismo, no en el transporte de la metadona.

83. De los siguientes fármacos antirretrovirales, ¿cuáles son los más descritos en la aparición de un síndrome de abstinencia a los opiáceos en personas que reciben metadona?
 Respuesta: B) Nevirapina y efavirenz.
 De todas las interacciones que se han descrito entre antirretrovirales y metadona, efavirenz y nevirapina son los que las presentan con mayor frecuencia en la práctica clínica.

<p>84. Ante un individuo con infección por el VIH, ¿en qué caso se debe iniciar tratamiento antirretroviral? Respuesta: E) B y C. Los supuestos B y C poseen una clara indicación de tratamiento según las <i>Guidelines for the use of antiretroviral Agents in HIV-1 infected adults and dolescents. Department of Healt and Human Services. October 29, 2004. U.S.</i></p>
<p>85. Se le diagnostica tuberculosis pulmonar a un individuo VIH+ con clara indicación de iniciar el tratamiento anti-rretroviral, ¿cuál crees que es la opción correcta de tratamiento? Respuesta: C) El primer tratamiento es el tuberculostático; el inicio de los antirretrovirales se retrasará de 4 a 8 semanas. Se recomienda no iniciar simultáneamente los dos tratamientos para facilitar adherencia y evitar interacciones y toxicidad farmacológica.</p>
<p>86. ¿Cuál de los siguientes regímenes terapéuticos sería de primera elección en un paciente que debe iniciar TARGA y que no ha sido tratado previamente? Respuesta: C) Efavirenz + 3TC + TDF. Según recomiendan las <i>Guidelines for the use of antiretroviral Agents in HIV-1 infected adults and dolescents. Department of Healt and Human Services. October 29, 2004. U.S.</i></p>

VARÓN DEPENDIENTE DEL ALCOHOL

<p>87. ¿Cuál de las siguientes partes es más importante al realizar una historia clínica en un paciente con problemas de alcohol? Respuesta: E) Todas las partes son importantes a la hora de abordar el problema de la posible dependencia del alcohol. La historia clínica constituye el documento más valioso para la valoración del paciente con problemas por el alcohol. Cada una de las partes que forman la historia clínica tiene su importancia a la hora de abordar el problema y de dimensionar las consecuencias.</p>
<p>88. ¿Cuál de los siguientes no es un cuestionario de detección de problemas relacionados con el alcohol? Respuesta: A) MMSE. El mini examen del estado mental (MMSE) no es uno de los cuestionarios utilizados para detección de problemas relacionados con el alcohol.</p>
<p>89. ¿Cuál de los siguientes no es un síntoma relacionado con el alcoholismo crónico? Respuesta: B) Dificultad respiratoria. La dificultad respiratoria no es uno de los síntomas de alcoholismo crónico; sí lo son el resto.</p>
<p>90. ¿Cuál de los siguientes no es un marcador biológico del alcoholismo? Respuesta: D) La glucemia. Los marcadores biológicos del alcoholismo más utilizados son: GGT, GOT, GPT, VCM, CMH; la glucemia no tiene interés para el diagnóstico de alcoholismo.</p>
<p>91. ¿Cuál de los siguientes medicamentos podría utilizarse como específico de la dependencia al alcohol? Respuesta: E) La A) y la D) son correctas. El tratamiento médico para aumentar la autoeficacia del paciente en cuanto a la abstinencia sería un aversivo utilizando un inhibidor de la metabolización del acetaldehído, (cianamida) y un <i>anticraving</i> (naltrexona) para disminuir su impulso/deseo (<i>craving</i>) por el alcohol.</p>

PACIENTE CONSUMIDOR DE CANNABIS

92. ¿Sería aconsejable haber realizado una exploración neuropsicológica y/o una prueba de neuroimagen funcional en el transcurso del seguimiento, teniendo en cuenta las quejas de la paciente?

Respuesta: E) Ninguna de las anteriores es correcta.

Existen diversos estudios que hacen referencia a la repercusión en la cognición durante el consumo de cannabis en forma de afectación de la memoria, del procesamiento de la información y de las funciones ejecutivas. Incluso algunos trabajos han sugerido la posibilidad de que dichos déficit puedan tener una base neurobiológica que puede permanecer en el tiempo, incluso habiendo conseguido la abstinencia completa (técnicas de neuroimagen y autorradiográficas). Sin embargo, en esta paciente, existe también un componente de la pseudodemencia depresiva. Este síntoma ha desaparecido en la actualidad y, por lo tanto, ahora no se precisa de una exploración complementaria de neuroimagen funcional.

93. Entre las siguientes afirmaciones en relación al sistema cannabinoide endógeno existe una incorrecta. Señálela.

Respuesta: B) Fuera del SNC, no afecta a ninguna función nerviosa ya que, en esta situación, básicamente modula el sistema inmune y la microcirculación general.

El sistema cannabinoide representa uno de los elementos cruciales en la regulación del sistema nervioso autonómico. En este sentido, se ha planteado la utilidad del sistema cannabinoide para el tratamiento de procesos como los efectos secundarios del tratamiento quimioterápico. Progresivamente se desarrollan distintas líneas de estudio para el tratamiento de distintos procesos basándose, tanto en el sistema cannabinoide del sistema nervioso central (SNC) como en el periférico, como las algias refractarias, la esclerosis múltiple, obesidad e, incluso, trastornos adictivos.

94. Con relación a la existencia del síndrome de abstinencia a cannabis, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta?

Respuesta: A) Se ha propuesto una cronología del síndrome de abstinencia determinando que, en total, puede durar hasta cuatro semanas.

La consistencia diagnóstica del síndrome de abstinencia a cannabis está en entredicho, pero actualmente existe una convergencia de resultados de estudios básicos de laboratorio y estudios clínicos en forma de una clínica común después de la interrupción brusca del consumo de cannabis en grandes consumidores. La significación clínica de los síntomas parece de relevancia, aunque son necesarios estudios prospectivos que muestren la incidencia a nivel psicopatológico general. Así mismo, la evolución a lo largo del tiempo del síndrome de abstinencia mantiene un paralelismo con la de otras sustancias. Se ha descrito, en un estudio controlado, que el inicio del síndrome de abstinencia se produciría entre el primer y el tercer día de la cesación del consumo, presentaría su máxima intensidad entre el segundo y sexto día y los síntomas podrían permanecer hasta los 14 días, aproximadamente.

95. En relación con el tratamiento del síndrome de abstinencia a cannabis (SAC), ¿cuál de las siguientes respuestas es correcta?

Respuesta: D) No existe ningún tratamiento farmacológico que haya mostrado una eficacia superior al propio THC o agonistas cannabinoideos.

La respuesta clínica específica en el tratamiento de los síntomas se consigue con la readministración de THC o agonistas cannabinoideos. Existen trabajos que presentan diversos fármacos como de utilidad en el SAC, pero en el caso del tratamiento con valproato y bupropión se observó un emperoramiento global de la clínica del SAC. En general, los distintos estudios que se han realizado no han demostrado superar al propio cannabinoide en el grado de remisión clínica. Se aconseja, precisarse, un tratamiento sintomático y controlar el posible inicio de cuadros psiquiátricos o exacerbación de alguno previo. En este caso, el tratamiento no diferiría del convencional.

96. En relación con la asociación entre el consumo de cannabis y la presencia de clínica psiquiátrica en el contexto de este consumo, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

Respuesta: E) Todas las anteriores son incorrectas.

Todas las afirmaciones son correctas, por lo tanto la respuesta E es falsa. Diferentes trabajos han señalado el consumo de cannabis como una sustancia que aumenta la posibilidad de comienzo de una esquizofrenia en individuos que presentan una vulnerabilidad en relación con esta enfermedad. La precocidad en el inicio del consumo parece correlacionar con la gravedad del cuadro psiquiátrico.

En relación con los trastornos afectivos y de ansiedad, cabe señalar que estos últimos son los más comúnmente descritos, mientras que en el caso del trastorno depresivo existe una convicción creciente de que el consumo de cannabis también puede favorecer el inicio del mismo cuando el paciente presenta una predisposición hacia él.

También empieza a plantearse la posibilidad de que el tratamiento con antagonistas cannabinoideos pueda ser útil en el trastorno por dependencia al alcohol en función de la relación que existe entre las bases neurobiológicas de los distintos trastornos adictivos.