



DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 41 años que acude a un centro de adicciones por primera vez en el año 2009, por su adicción a la heroína. Actualmente vive con su madre y su único hermano, no tiene pareja estable, trabaja en una empresa de limpieza.

De sus antecedentes familiares destaca el de un padre con un trastorno por dependencia del alcohol, fallecido a los 62 años por complicaciones relacionadas con una cirrosis hepática y su hermano, con un trastorno por dependencia de opiáceos en tratamiento también en nuestro centro.

Historia Toxicológica:

Comenzó el consumo de tabaco a los 14 años, actualmente fuma 30 cigarrillos/día y nunca ha estado abstinente. Consumo regular de cannabis de 1 a 2 «porros» al día desde los 15 años, con períodos de mayor consumo diario. Inició el consumo de alcohol a los 15 años, nunca con criterios de abuso, actualmente realiza consumos ocasionales. Consumo de cocaína desde los 20 años por vía esnifada, actualmente una vez cada 23 meses. Consumo de hipnosedantes desde los 25 años con períodos de abuso autolimitados, actualmente realiza tratamiento con diazepam 30 mg/día por prescripción médica. Acudió a nuestro centro hace unos 11 años derivado desde su médico de Atención Primaria para valoración de tratamiento. El paciente había comenzado el consumo de heroína a los 22 años, fundamentalmente por vía inhalada, y a las pocas semanas llegó a consumos de 1-2 g/día, al principio utilizó la vía intravenosa, pero desde hace años no ha vuelto a consumir por esta vía. Había intentado por su cuenta abandonar el consumo en varias ocasiones, pero solamente conseguía estar abstinente durante breves periodos.

El primer tratamiento en un centro especializado lo realiza en 2009 de forma ambulatoria, sin llegar a finalizarlo.

En febrero de 2012 inicia tratamiento por tercera vez en un programa de sustitutivos opiáceos. A partir del segundo mes se mantuvo estable y abstinente en el consumo de heroína. Durante el primer año de abstinencia, el paciente refería sintomatología ansiosa que se trató con diazepam hasta 30 mg/día. A lo largo del seguimiento presentó períodos autolimitados de abuso de benzodiacepinas, y mantenía consumo de cocaína de forma ocasional. A partir de enero de 2017 se inicia retirada del opiáceo de sustitución y en marzo de ese mismo año el paciente decide que se retire totalmente el tratamiento, dando por finalizado su tratamiento en el centro.

Al año sufre recaída en el consumo de heroína. Consume de forma inhalada entre 0,5-1g/día, cantidad que ha aumentado progresivamente. Esto provoca que se gaste todo el dinero que tenía ahorrado, discusiones con su madre y hermano, llega a dormir en la calle en alguna ocasión, absentismo laboral y abandono del tratamiento antirretroviral de forma intermitente. Intenta dejar de consumir por su cuenta, pero no lo consigue, no



PRUEBAS SELECTIVAS MÉDICO/A MEDICINA GENERAL
DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID.
TERCER EJERCICIO: SUPUESTO PRÁCTICO

tolera los síntomas de abstinencia. Por todo ello en septiembre del 2019 acude de nuevo al centro.

Antecedentes médicos:

- ✓ Diagnosticado de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VI H) en 2007. Inició tratamiento antirretroviral en 2011, tratamiento que salvo en esta recaída no ha abandonado. Últimos CD4.?. 600 y carga vira! indetectable.

En cuanto al resto de la historia clínica, destacan sus alteraciones de conducta desde la infancia, con peleas con los compañeros, fugas del colegio, mal rendimiento escolar, dificultad para cumplir con las normas y alguna expulsión. Antes de los 18 años fue arrestado por robo y posesión de drogas en varias ocasiones. Ha entrado en prisión en 2 ocasiones y en total cumplió unos 3 de años reclusión. A los 15 años dejó los estudios.

Con la información expuesta se le solicita que conteste a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es el diagnóstico principal, según el DSM5, de este paciente? Razónelo
2. ¿Puede tener otros diagnósticos psiquiátricos según los datos que figuran en la historia?
3. ¿Qué posibilidades de tratamiento con fármacos agonistas y antagonistas opiáceos tenemos para el diagnóstico principal? Desarrollar
4. ¿Qué tratamiento elegiría usted?
5. ¿Cómo iniciaría el tratamiento? ¿qué dosis del fármaco elegido es la correcta?
6. ¿Qué otras pruebas complementarias realizaría?
7. ¿Qué efectos adversos puede producir el tratamiento elegido?
8. ¿Qué interacciones farmacológicas habría que tener en cuenta atendiendo a la historia descrita?
9. ¿Haría alguna otra recomendación terapéutica?. ¿Cuáles?. ¿Con qué objetivos?.
10. Con el tratamiento ambulatorio no se obtienen los resultados esperados a los cuatro meses, y el paciente señala que la situación en su domicilio es insostenible con múltiples enfrentamientos. El refiere encontrarse muy desanimado, desmotivado y con un sentimiento de tristeza que le impide hacer vida normal. ¿Qué recursos del Instituto de Adicciones de Madrid Salud se podrían utilizar?. Y ¿cuál sería el más adecuado en primer lugar?.



PRUEBAS SELECTIVAS MÉDICO/A MEDICINA GENERAL
DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID.
TERCER EJERCICIO: SUPUESTO PRÁCTICO

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

A una comida en un centro lúdico de mayores, realizada un viernes a mediodía, asisten 29 personas, 20 mujeres y 9 hombres. Entre los asistentes no hay convivientes en un mismo domicilio. La comida se sirvió en régimen de autoservicio.

A partir de las 6 horas de terminar la comida, comienzan a presentarse sucesivos casos, hasta un total de 14, con aparición brusca de dolor abdominal, fiebre entre 37 y 38° C, diarrea, náuseas y, a veces, vómitos. El tiempo de aparición oscila entre las 6 y las 60 horas después de la comida. Un seguimiento posterior a las 60 horas, revela que no aparecen más casos.

Si bien la mayoría son leves, tres de ellos ingresan en el hospital de referencia de la zona (2 hombres y 1 mujer), aquejados de un cuadro más grave, con un grado medio-alto de deshidratación.

El lunes siguiente, a primera hora, se notifica el brote al servicio de epidemiología de zona, éste se persona en el lugar de celebración del acto y en la empresa que sirvió el catering, sin conseguir muestras del menú servido, pues contraviniendo la normativa, no se han conservado.

Se da inicio entonces, a la realización de una encuesta epidemiológica entre los asistentes, consiguiendo contactar con todos ellos. En la misma se recaba información sobre los alimentos ingeridos por cada persona; si han presentado o no síntomas de gastroenteritis y el tiempo transcurrido desde la comida hasta la aparición de los primeros síntomas en los que enfermaron. No se recaba, en principio, información sobre las bebidas, por ser todas ellas embotelladas.

De la encuesta se deduce que el menú estuvo compuesto de:

1. Sopa de marisco.
2. Pollo asado en su jugo o merluza al horno con salsa mahonesa (a elegir, aunque algunos comensales probaron ambos platos; el tamaño de ración lo eligió cada comensal al ser autoservicio).
3. Pastel de nata.

Ninguno de los comensales notó alteración de las características organolépticas de los alimentos ingeridos, si bien varios refirieron que el pollo estaba sólo a medio asar, especialmente los trozos más gruesos.

Posteriormente a la encuesta, se pudo confirmar que todos los casos se recuperaron en un período de tiempo de entre dos y siete días desde la aparición de los síntomas.



PRUEBAS SELECTIVAS MÉDICO/A MEDICINA GENERAL
DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID.
TERCER EJERCICIO: SUPUESTO PRÁCTICO

Los resultados de la encuesta se muestran tabulados en la siguiente tabla:

CASO	EDAD	SEXO	SOPA	POLLO	MER-LUZA	POSTRE	ENFERMÓ	INCUBACIÓN (horas)	RECUPERADO (días)
1	65	M	SI	SI	NO	SI	SI	10	3
2	77	H	SI	SI	SI	NO	SI	8	7
3	65	M	SI	NO	SI	SI	NO		
4	67	M	SI	NO	SI	SI	NO		
5	71	H	NO	SI	NO	SI	SI	24	3
6	65	M	SI	NO	SI	SI	SI	60	2
7	68	M	SI	SI	NO	SI	SI	10	4
8	66	H	SI	SI	NO	NO	NO		
9	70	M	SI	SI	NO	SI	SI	14	4
10	69	M	NO	SI	SI	SI	NO		
11	69	M	SI	NO	SI	SI	NO		
12	65	H	SI	SI	NO	NO	SI	20	3
13	66	M	SI	SI	NO	NO	SI	10	3
14.	68	M	SI	NO	SI	SI	NO		
15	67	M	NO	SI	SI	SI	SI	14	2
16	65	H	SI	NO	SI	SI	NO		
17	65	M	SI	NO	SI	SI	NO		
18	67	M	SI	SI	NO	SI	NO		
19	70	M	SI	NO	SI	SI	NO		
20	75	H	SI	SI	NO	NO	SI	12	4
21	73	H	NO	SI	NO	SI	SI	10	3
22	68	M	SI	NO	SI	SI	NO		
23	65	H	SI	SI	NO	SI	NO		
24	66	M	SI	NO	SI	SI	NO		
25	72	M	SI	SI	NO	SI	SI	14	4
26	78	M	SI	SI	SI	NO	SI	18	6
27	69	M	NO	SI	NO	SI	SI	12	3
28	66	H	SI	NO	SI	SI	NO		
29	67	M	SI	NO	SI	NO	NO		

H=hombre; M=mu er; SI (consumió el alimento); NO (no consumió el alimento)

Los investigadores adoptan como definición de caso, el de cualquier asistente al banquete que desarrolla síntomas en el periodo de 6 a 60 horas posteriores al mismo. A usted como miembro del equipo de investigadores, y con el fin de intentar averiguar el alimento causal y establecer una hipótesis del posible agente etiológico del brote, se le encarga:

- 1.-Definir y calcular la Incidencia Acumulada para el total de la muestra; y en hombres y en mujeres separadamente, en el periodo de 0 a 60 horas tras la comida.
- 2.-Definir y calcular la Tasa de Incidencia para el total de la muestra; en hombres y mujeres separadamente, considerando un periodo de seguimiento de 60 horas.
- 3.-Definir el Riesgo Relativo de enfermar; explicar el significado de los posibles valores (<1; 1; >1) y calcularlo para cada uno de los platos servidos (sopa, pollo, merluza y postre), para el total de la muestra.



PRUEBAS SELECTIVAS MÉDICO/A MEDICINA GENERAL
DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID.
TERCER EJERCICIO: SUPUESTO PRÁCTICO

4.- A la vista de los resultados obtenidos, conteste a las siguientes cuestiones de manera sucinta:

- a) ¿Ha sido igual la incidencia en hombres que en mujeres? Justifique su respuesta.
- b) ¿A qué podría deberse una diferencia en la incidencia entre ambos sexos?
- c) ¿Cuál debe entenderse como plato sospechoso de causar el brote? Justifique su respuesta.
- d) ¿Es coherente el resultado obtenido con lo manifestado por los comensales en el interrogatorio?
- e) ¿Cómo se puede explicar que haya enfermos entre los que no comieron el alimento sospechoso?
- f) ¿Cómo se puede explicar que haya personas que no enfermaron entre los que consumieron el alimento sospechoso?
- g) En función del alimento implicado y el periodo de incubación y de recuperación, ¿qué agente o agentes cabría manejar como causantes del brote? Justifique su respuesta