



Asociación Toxicológica Argentina



ASOCIACION DE PSIQUIATRAS ARGENTINOS

# CONSENSO DE LA ASOCIACION DE PSIQUIATRAS ARGENTINOS Y LA ASOCIACION TOXICOLOGICA ARGENTINA

## Abordaje Farmacoterapéutico del Trastorno por Consumo de Alcohol

Adhieren:



Colegio Latinoamericano de  
Neuropsicofarmacología



Asociación Argentina de Psiquiatras

**CONSENSO DE LA  
ASOCIACION DE  
PSIQUIATRAS ARGENTINOS  
Y LA ASOCIACION  
TOXICOLOGICA ARGENTINA**

**Abordaje Farmacoterapéutico del  
Trastorno por Consumo de Alcohol**

Consenso de la Asociación de Psiquiatras Argentinos y la Asociación Toxicológica Argentina: Abordaje Farmacoterapéutico del Trastorno por Consumo de Alcohol / Eduardo Kalina et al. coordinado por Eduardo Kalina. - 1a ed. - Buenos Aires: Soubeiran Chobet S.R.L., 2010, 100 p. ; 20x14 cm.

ISBN 978-987-25767-0-7

1. Psiquiatría. I. Kalina, Eduardo II. Kalina, Eduardo, coord.  
CDD 616.89

Fecha de catalogación: 26/03/2010

Primera edición, 5.000 ejemplares, abril de 2010  
Queda hecho el depósito que marca la ley N° 11.723  
Editado e impreso en la República Argentina por  
Laboratorio Soubeiran Chobet S.R.L.  
Todos los derechos reservados.

Gráfica e impresión

**Arte y Letras**

Ayacucho 457 3° 33

(C1026AAA) Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tel.: (54 11) 4953-7039

Mail: [info@arteyletras.com.ar](mailto:info@arteyletras.com.ar)

Web: [www.arteyletras.com.ar](http://www.arteyletras.com.ar)

## ÍNDICE

---

<b>Introducción</b> .....	9
1.1. Conceptos generales.....	9
1.2. Epidemiología .....	10
1.3. Farmacología del alcohol (modo de acción, tolerancia y tolerancia cruzada).....	10
1.4. Alcoholismo. Criterios diagnósticos.....	12
1.5. Entrevista.....	14
1.6. Examen físico .....	16
1.7. Principios generales del tratamiento.....	16
<b>Intoxicación aguda y síndrome de abstinencia</b> .....	21
<b>Abordaje de la intoxicación aguda</b> .....	21
2.1. Diagnóstico de la intoxicación aguda.....	21
2.2. Tratamiento.....	21
2.2.1. Paciente inconciente .....	21
2.2.2. Paciente conciente .....	22
<b>Abordaje del síndrome de abstinencia</b> .....	25
3.1. Tratamiento.....	25
<b>Tratamiento farmacológico subagudo (deshabitación)</b> .....	29
4.1. Fármacos para la compulsión o “anhelo de alcohol” ( <i>craving</i> ) .....	30
4.2. Fármacos aversivos o disuasores .....	34
4.3. Otros fármacos potencialmente útiles en ciertas poblaciones....	37
4.4. Aspectos farmacoeconómicos.....	40
<b>Abordaje farmacológico del trastorno dual alcohólico</b> .....	43
5.1. Trastorno dual de tipo psicótico.....	44
5.2. Trastorno dual de tipo afectivo.....	46
5.2.1. Depresión unipolar.....	47

5.2.2. Trastorno bipolar .....	47
5.2.3. Trastorno dual de tipo ansioso .....	48
<b>Tratamiento de poblaciones especiales VIH/sida .....</b>	<b>51</b>
<b>Escala de anhelo de alcohol (<i>craving</i>).....</b>	<b>59</b>
<b>Anexo I .....</b>	<b>59</b>
<b>Anexo II .....</b>	<b>63</b>
<b>Instructivo naltrexona - Cobertura de medicamentos .....</b>	<b>65</b>
<b>Pacientes con prestación médica .....</b>	<b>65</b>
<b>Pacientes sin prestación médica .....</b>	<b>66</b>

# INTRODUCCIÓN

---

Este material que ofrecemos a la comunidad médica argentina, pretende transmitir en la forma más didáctica y simple posible los criterios que recomendamos seguir en cuanto al abordaje farmacoterapéutico del trastorno por consumo de alcohol (TPA) se refiere.

Intentando ser coherentes con el propósito práctico de este material, nos parece de especial importancia aclarar desde el comienzo mismo de este consenso que incluiremos exclusivamente moléculas que existen en nuestra farmacopea, lo cual no significa desmerecer la importancia de otros fármacos disponibles fuera de la Argentina.

## 1.1. Conceptos generales

El TPA es un grave problema sanitario. La mayoría de los estudios estima que el riesgo de padecerlo, a lo largo de la vida, es del 10% para los varones y del 3-5% para las mujeres,<sup>1</sup> y el de alcanzar un consumo perjudicial es prácticamente el doble.

Presenta una elevada comorbilidad médica. Una evidencia de esto es que entre el 15% y el 50% de los consultantes a la asistencia médica primaria son personas con trastornos por consumo de alcohol.

El trastorno por consumo de alcohol es una patología compleja, que tiene diversas formas de presentación clínica y siempre se presenta en comorbilidad con una o más patologías, tanto psiquiátricas como médicas, que deben ser tratadas simultáneamente, salvo que el criterio médico indique lo contrario.

El alcoholismo es un trastorno metabólico que ocurre en personas con predisposición genética, por lo tanto no debe ser considerado como un indicador de falta de voluntad, moral o relacionado con problemas psicológicos del individuo; aunque sin dudas, estos últimos contribuyen al desencadenamiento, desarrollo y pronóstico de la enfermedad.

---

1. Esta estadística está en un rápido proceso de cambio debido a que en la cultura actual la mujer ha buscado equipararse al hombre en la forma de consumo, desconsiderando las notorias diferencias biológicas entre los sexos; especialmente en la población joven.

*“Se considera alcoholista a aquella persona que pierde la libertad frente al alcohol”.* Fouquet, 1951

Para la mayoría de los adultos, el consumo moderado de alcohol no es riesgoso. No obstante, existen personas con predisposición genética a desarrollar el trastorno o en las que el consumo, aunque moderado, podría ser perjudicial por las patologías médicas y psiquiátricas comórbidas presentes.

El TPA es un desorden con características propias como:

- “Anhelos de alcohol” (o su denominación anglosajona: *craving*), es decir, un deseo compulsivo de beber.
- Pérdida de control a partir del primer trago o dosis de alcohol (o su denominación anglosajona: *priming*), es decir, una incapacidad para dejar de beber una vez que se comenzó.
- Dependencia y síntomas de abstinencia alcohólica, tales como náuseas, sudoración o temblores después de dejar de beber.
- Tolerancia: la necesidad de beber cantidades de alcohol cada vez mayores para poder sentir el efecto.

## 1.2. Epidemiología

Según el Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas, realizado en 2004, la población de entre 16 y 65 años tiene una prevalencia de consumo de alcohol del 72,6%, alrededor del 2% dijo haber consumido marihuana y un porcentaje similar declaró consumo de sedantes sin prescripción médica. En cuanto al consumo de tabaco, la prevalencia del consumo alcanzó el 37,1%. Si se considera que este grupo etario contiene a la población económicamente activa (PEA), podemos suponer que los consumos declarados en algunos casos se relacionan, de manera directa o indirecta, con prácticas laborales de diverso orden.

## 1.3. Farmacología del alcohol (modo de acción, tolerancia y tolerancia cruzada)

El etanol es hidrosoluble y capaz de atravesar las membranas a través de poros hidrofílicos. La concentración plasmática es igual a la concentración tisular y el volumen de distribución es similar a la cantidad de agua total del organismo, aproximadamente 42 litros.

La absorción en el tubo digestivo es rápida y completa, ocurriendo principalmente en el intestino delgado. Menos del 10% se excreta por las vías renales y pulmonares, mientras que cerca del 90% se metaboliza en el hígado, sufriendo procesos de biotransformación. También existe una biotransformación extrahepática de escasa cantidad en el estómago, corazón, pulmón y cerebro, siendo el principal producto el acetaldehído.

Mecanismo de acción: a pesar del uso intenso y extenso de esta sustancia desde la prehistoria, no se conoce bien el mecanismo de acción del etanol, y lo único de lo que se está seguro es que no existen receptores específicos.

#### 1. Efectos del alcohol

- a. Nutricionales
- b. Sistémicos
- c. Inmunológicos
- d. Neuroquímicos

A concentraciones plasmáticas altas, el etanol es capaz de fluidificar las membranas, causando alteración en la disposición de receptores y canales, lo que puede conducir desde el sueño al coma. Pero a dosis menores, el consumo continuado de etanol ejerce acción sobre las siguientes macromoléculas:

a. GABA A: el alcohol se asemejaría a las benzodiazepinas, favoreciendo la unión del GABA a sus receptor, abriendo canales de cloruro que hiperpolarizan las neuronas, que tendrían sus funciones inhibidas.

b. Canales de calcio voltajedependientes: se supone un bloqueo de tal forma que no entraría calcio a los axones y no podrían liberarse los neurotransmisores.

c. Receptor NMDA para glutamato: inhibiría la plasticidad neuronal y la memoria, que son regulados por la estimulación de este receptor por el neurotransmisor excitatorio más importante.

El uso crónico de etanol genera tolerancia, es decir deben ingerirse mayores dosis para obtener el efecto deseado.

Además, el uso crónico de etanol produce:

Hiperlactacidemia

Alteración del estado redox

Hiperuricemia, que evoluciona a enfermedades como la gota

Hipoglucemia (por menos ingesta de carbohidratos y alteraciones en los procesos metabólicos)



Inhibición de oxidación de ácidos grasos (mecanismo etiopatogénico del hígado graso alcohólico)

Por su metabolismo a nivel microsomal, inhibiría el metabolismo hepático de muchos fármacos, pero el uso crónico induce el metabolismo acelerado de aminopirina, meprobamato, fenobarbital, fenitoína, etc. Favorece la formación de radicales libres por la lipoperoxidación e incrementa la toxicidad hepática de la isoniazida (HIN) y el paracetamol. El primer metabolito de la biotransformación del etanol, el acetaldehído, dista mucho de ser inocuo, causando:

- » Alteración de los microtúbulos de los hepatocitos que retienen agua, lo que se manifiesta clínicamente como hepatomegalia.
- » Daño mitocondrial que conlleva a que no se forme nuevo NAD que desfavorece el estado redox (y disminuye la cantidad de acetaldehído que se metaboliza) y existe un amplio consumo de glutatión.
- » Es capaz de unirse a ciertas proteínas del microsoma hepático, hemoglobina y eritrocitos evocando propiedades antigénicas, produciéndose una reacción inmune antiacetaldehído en el tejido hepático.
- » Otros efectos del alcohol:
  - » Aumenta la secreción de ácido clorhídrico, favoreciendo las gastritis y la úlcera péptica.
  - » Aumenta la motilidad intestinal.
  - » Favorece el desarrollo del cuadro neurológico de Wernicke, por déficit de tiamina.
  - » Favorece las neoplasias bucales, faríngeas, gástricas y hepáticas.
  - » Disminuye la fuerza contráctil del músculo cardíaco y favorece el desarrollo de arritmias.
  - » Si es consumido crónicamente durante el embarazo, origina el síndrome alcohólico fetal, caracterizado por un déficit del crecimiento pre y posnatal, microcefalia, retardo mental, hipoplasia mandibular, anomalías en el desarrollo de la cara –determinando facies características, como ojos separados–, malformaciones cardíacas y en la audición, hipotonía muscular, y el bebé nace con un síndrome de abstinencia, manifestación de dependencia física al alcohol.

#### **1.4. Alcoholismo. Criterios diagnósticos**

El TPA tiene más que ver con la necesidad incontrolable de beber de la persona que con el tipo de alcohol que toma, la frecuencia o cantidad.

Esto es difícil de precisar por la tendencia a negar o minimizar el consumo por parte de estos pacientes. Esta definición de alcoholismo nos ayuda a entender por qué para la mayoría de los alcohólicos “un poco de fuerza de voluntad” no es suficiente para dejar de beber. El paciente alcohólico se encuentra frecuentemente bajo el control de un deseo poderoso o necesidad de ingerir alcohol, por lo general tan intensa como la de ingerir agua o comida. A pesar de que algunas personas se pueden recuperar sin ayuda, la mayoría de los alcohólicos necesita asistencia externa para recuperarse de esta enfermedad. Con ayuda, apoyo y tratamiento, muchos son capaces de dejar de beber y de rehacer sus vidas. En general, las personas se preguntan por qué algunos pueden beber alcohol sin problemas, mientras que otros son totalmente incapaces de controlar esos hábitos. Investigaciones recientes costeadas con fondos del Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA, tal su sigla en inglés), han demostrado que para muchos la vulnerabilidad al alcoholismo es heredada. Sin embargo, es importante reconocer que existen factores en el ambiente de la persona, tales como las influencias de los compañeros y la disponibilidad de alcohol, que influyen significativamente. Ambos, los heredados y los del ambiente, son llamados “factores de riesgo”. A pesar de éstos, el riesgo no determina el destino. El hecho de que el alcoholismo tiende a ser común en algunas familias no significa que el hijo o la hija de un padre o una madre alcohólica automáticamente desarrollarán alcoholismo.

## **Diagnóstico según el DSM-IV**

### **Criterios para el diagnóstico de F10.00, intoxicación por alcohol**

- A.** El rendimiento en las actividades cotidianas que requieren coordinación motora es sustancialmente inferior al esperado dada la edad cronológica del sujeto y su coeficiente de inteligencia. Puede manifestarse por retrasos significativos en la adquisición de los hitos motores. Por ejemplo, caminar, gatear, sentarse, caérsele los objetos de la mano, torpeza, mal rendimiento en deportes o caligrafía deficiente.
- B.** El trastorno del criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana.
- C.** El trastorno no se debe a una enfermedad médica (por ejemplo, parálisis cerebral, hemiplejía o distrofia muscular) y no cumple los criterios de trastorno generalizado del desarrollo.

D. Si hay retraso mental, las deficiencias motoras exceden de las asociadas habitualmente a él.

**Nota de codificación.** Si hay una enfermedad médica, por ejemplo neurológica, o un déficit sensorial, se codificará en el Eje III.

### **Criterios para el diagnóstico de F10.3, abstinencia de alcohol**

A. Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

B. Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el criterio A:

- Hiperactividad autonómica (por ejemplo, sudoración o más de 100 pulsaciones por minuto)
- Temblor distal de las manos
- Insomnio
- Náuseas o vómitos
- Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
- Agitación psicomotora
- Ansiedad
- Crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas)

C. Los síntomas del criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

## **1.5. Entrevista**

Mientras que muchos individuos admitirán el consumo de alcohol, muy pocos reconocerán tener un problema. El alcoholismo es una enfermedad que algunos pacientes negarán hasta que termine con consecuencias letales. El consumo de alcohol induce disturbios en la memoria que se expresan en la negación de la naturaleza destructiva del consumo. Tiene bases biológicas que se manifiestan desde las lagunas mnésicas, en las que existe una dificultad en recordar las experiencias durante el consumo excesivo, a la denominada “memoria alcohólica de Johnson”, en la que el paciente recuerda más los efectos positivos y olvida selectivamente los efectos negativos del consumo. Desde el punto de vista psicológico, encontramos que la negación es una manifestación maní-

ca; y desde el punto de vista social se contribuye a la negación a través del encubrimiento y facilitación del consumo que realizan las personas del entorno y, muchas veces, desde la sociedad, que promueve por intermedio de la publicidad esta negación de los efectos adversos del alcohol. El entrevistador debe entrenarse para aprender a pesquisar las reales dimensiones de lo que el paciente consume, teniendo siempre en cuenta el ámbito en el cual se desenvuelve, pues las costumbres sociales modifican notoriamente los significados de las conductas frente al alcohol.

Debido a la alta prevalencia del TPA, el médico debe sospechar la presencia de alcoholismo ante síntomas indicativos, aunque el paciente no refiera en la anamnesis tener problemas con el alcohol u otras sustancias. Para esto, debe familiarizarse con las señales de alarma tempranas y resistirse a la tentación de realizar un diagnóstico basado en síntomas superficiales que, seguramente, enmascaran el alcoholismo subyacente que, en general, es por lo que el paciente consulta.

Durante la entrevista personal se pueden detectar varios factores que frecuentemente son indicadores de alcoholismo:

1. Hiperactividad, temblor, agitación, comentarios inapropiados inmersos en un discurso generalmente coherente
2. Cambios de humor durante la entrevista
3. Déficit mnésicos, de la atención y el juicio
4. Dificultades en el pensamiento abstracto

Además de estos indicios, los pacientes alcohólicos presentan frecuentemente antecedentes de:

- Hipoglucemia
- Trastornos gastrointestinales
- Anemia
- Depresión, frecuentemente con intentos de suicidio
- Edema recurrente o refractario
- Hipertensión
- Ansiedad y ataques de pánico
- Dolores y calambres musculares
- Poliuria y diarrea
- Fatigabilidad
- Insomnio
- Mareos

## 1.6. Examen físico

Los siguientes síntomas precoces son indicativos de adicción presente o pasada al alcohol:

### **Cabeza, ojos, oído, nariz y garganta**

- Congestión conjuntival
- Arco senil prematuro
- Edema periorbital
- Ambliopía tóxica
- Telangiectasia facial
- Agrandamiento parotídeo bilateral
- Enrojecimiento facial
- Lengua seca temblorosa, de bordes irregulares
- Obliteración papilar
- Hiperemia faríngea

### **Tracto gastrointestinal y abdomen**

- Obesidad (aumento del tejido adiposo en la pared abdominal; el 70% de los alcohólicos presenta sobrepeso). La desnutrición sólo ocurre en etapas avanzadas de la enfermedad
- Sensibilidad epigástrica a la palpación

### **Aparato respiratorio**

- Enfisema
- EPOC
- Fractura de costillas

### **Aparato cardiovascular**

- Tensión arterial lábil

### **Extremidades**

- Temblores
- Equimosis
- Hiperreflexia

## 1.7. Principios generales del tratamiento

El alcoholismo es un desorden primario, debiendo ser evaluado y tratado como tal, no como corolario de un trastorno psiquiátrico o psicológico diferente. Los pacientes alcohólicos deben ser abordados como cuando se asiste a un paciente con trauma cerebral y las alteraciones conductuales secundarias al mismo. Se lo debe proteger de la auto o

heteroagresión, asumiendo que los problemas conductuales son secundarios hasta que se complete la desintoxicación. Considerar esos síntomas mentales o conductuales como primarios (por ejemplo, la depresión, las conductas agresivas y/o psicopáticas) cuando en realidad suelen ser síntomas inducidos por la intoxicación aguda o la toxicidad, inevitablemente impedirán un tratamiento efectivo y la adecuada rehabilitación del problema. Si se sospecha patología psiquiátrica, su diagnóstico debería posponerse hasta que el paciente esté desintoxicado y físicamente compensado. En ciertos casos, el profesional puede detectar la comorbilidad y tratar simultáneamente estos cuadros.

El médico debe tener presente que durante la intoxicación aguda y la desintoxicación, los pacientes pueden manifestar sintomatología psicótica, ansiosa, afectiva o relacionada con desórdenes de la personalidad. Se debe tener particular cuidado en el manejo de los pacientes con desórdenes depresivos, ya que el alcohol está íntimamente relacionado con los intentos de suicidio. No obstante, cualquier psicopatología manifestada durante la intoxicación debería ser tomada como secundaria a la toxicidad y a la desnutrición hasta que se pruebe lo contrario. El tratamiento primario consiste en la efectiva desintoxicación y medidas de soporte. Cualquier otra medicación psicotrópica, que por norma general son producto de automedicación o indicaciones médicas no especializadas, deberá ser discontinuada lo más pronto posible.

Es importante considerar que algunos pacientes requerirán contención ambiental especializada (internación o seguimiento intensivo) hasta que cedan los trastornos conductuales severos secundarios a la toxicidad y la desintoxicación se haya completado. Las complicaciones psiquiátricas severas tienden a mejorar en la mayoría de los pacientes alcohólicos una vez desintoxicados y compensados.

- El abordaje general se resume en los siguientes puntos:
- El objetivo del tratamiento es la cesación inmediata del consumo.
- Deben discontinuarse todos los fármacos utilizados por el paciente, a menos que sean absolutamente necesarios, como por ejemplo en la desintoxicación opiácea, barbitúricos o benzodiazepinas, por el riesgo del síndrome de abstinencia, potencialmente fatal, así como también fármacos avalados por el médico internista del paciente.
- Interrogar al paciente sobre tabaco, xantinas (café, té, mate, bebidas energizantes) y sustancias psicoactivas ilegales, pues deben ser tenidas en cuenta para una adecuada desintoxicación (véase “Dos

recomendaciones especiales”, al final de este capítulo).

- La recuperación de una dependencia química requiere cambios significativos del estilo de vida del paciente.
- Dentro de este nuevo estilo de vida, se hará particular énfasis en el cambio de los hábitos higiénico-dietéticos-tóxicos (véase “Dos recomendaciones especiales”, al final de este capítulo).
- La naturaleza, importancia y dificultades potenciales de estos cambios deben ser tratadas desde el comienzo.
- Recomendamos indicar que la familia forme parte del proceso de recuperación, y la naturaleza del trastorno del paciente debe ser transmitida a ellos de manera cuidadosa y con sensibilidad.
- Los resultados de los cuestionarios diagnósticos, análisis bioquímicos y estudios por imágenes deben ser transmitidos al paciente y a su familia.
- El plan de tratamiento debe ser compartido con el paciente y la familia, preferentemente por escrito, para generar un compromiso mayor con el médico y, por consiguiente, una mejor adherencia a la medicación.
- Se debe programar un seguimiento a largo plazo con análisis de orina, de sangre (especialmente transaminasas hepáticas, incluida la GGT), alcoholimetría y otros dosajes para monitorear el progreso real del paciente.

Los pacientes dependientes se sienten típicamente confundidos y atemorizados con la perspectiva de no beber, lo que se suma al malestar de la abstinencia. Ésta es una de las principales razones por la que evitan los tratamientos. Es fundamental que el médico tratante comprenda estos temores y haga todo lo que esté a su alcance para mantener al paciente lo más asintomático posible en los primeros días del tratamiento.<sup>2</sup> El lograr que el paciente esté confortable aumenta las probabilidades de conseguir y sostener la abstinencia en el futuro.

## **Dos recomendaciones especiales**

A partir de la experiencia que surge de la práctica clínica, respaldada por los conocimientos que aportan las investigaciones científicas, recomendamos abordar simultáneamente la cesación alcohólica con la tabáquica y con la de cualquier otra adicción química detectada en el

2. Esta estrategia, a la que llamamos “ganar el primer round”, se fundamenta en el conocimiento que tenemos acerca de la fragilidad o inconsistencias yoicas del paciente alcohólico, y su baja tolerancia a la frustración inherente a la patología adictiva.

paciente, ya sea de sustancias legales (cafeína, benzodiazepinas, etc.) o ilegales (cocaína, marihuana, etc.)

Estamos en 2010 y este tipo de comorbilidades ha pasado a ser la norma, no un hallazgo ocasional. La experiencia clínica nos demuestra que a pesar de las resistencias, no sólo del paciente sino también del medio social y familiar –cuando no del entorno profesional–, deben ser encaradas cuando el tratamiento se lleve a cabo en forma ambulatoria o en internación, mediante abordajes multifarmacológicos complementados con psicoterapias de tipo cognitivo-conductual.

La práctica nos enseña que la eficacia de los tratamientos para el alcoholismo en cuanto a lograr un estado de sobriedad que se prolongue en el tiempo depende, fundamentalmente, de que se acompañe de la cesación tabáquica, objetivo, reiteramos, sumamente resistido, pero de capital importancia para el éxito de los tratamientos.

Para hacer efectivo este tipo de abordajes, dirigido a tratar adicciones múltiples, se deben programar tratamientos personalizados, para lo cual seleccionamos los fármacos no sólo en función de las “sustancias” que consume, sino tomando en cuenta la psicopatología concomitante, procurando no inducir interacciones medicamentosas que compliquen la ya de por sí frágil adherencia de estos pacientes al tratamiento.

Los fármacos más recomendables para abordar simultáneamente tabaco y alcohol son: naltrexona, clonidina, pregabalina, modafinilo,<sup>3</sup> bupropión,<sup>4</sup> tianeptina, venlafaxina, vareniclina,<sup>5</sup> clonazepam, gabapentín, ziprasidona, aripiprazol y quetiapina.

Aizpiri Díaz<sup>6</sup> recomienda prestar especial atención a los hábitos de desayuno del paciente, ya que lo habitual es que lo omitan o lo reemplacen por alcohol, café, mate y tabaco; e indicar durante el día jugos de frutas y alimentos hidrocarbonados y proteicos de alta calidad nutricional, en lugar de los alimentos tipo “chatarra”, que suelen ser los únicos que consumen.

---

3. El ropirinol es otra molécula dopaminérgica, que está comenzando a ser un recurso eficaz, especialmente en su presentación “pd”, de 24 hs de duración y de 2 mg diarios.

4. Téngase en cuenta que esta molécula sólo se debe indicar cuando ya hemos verificado que el paciente alcohólico no tiene patología de tipo ictal, pues si no, corremos el riesgo de inducir convulsiones.

5. No indicar en aquellos pacientes que presentan patología bipolar por el riesgo de inducir el viraje a la manía.

6. Véanse los trabajos publicados por este autor en la revista *Actualizaciones en alcoholología*, año 1, N° 1, 2007, Buenos Aires.





# INTOXICACIÓN AGUDA Y SÍNDROME DE ABSTINENCIA

---

## Abordaje de la intoxicación aguda

La intoxicación aguda puede ir desde una ligera embriaguez hasta el coma. Siempre en relación con la alcoholemia, que es la cantidad de alcohol etílico encontrado en la sangre humana y se mide en gramos por litro, teniendo un valor documental cuando es utilizada en pericias judiciales.

Intoxicación aguda, clasificación según alcoholemia:	
INTOXICACIÓN LEGAL	50 - 100 MG/DL
INTOXICACIÓN LEVE	100 - 200 MG/DL
INTOXICACIÓN MODERADA	200 - 300 MG/DL
INTOXICACIÓN GRAVE	300 - 400 MG/DL

### 2.1. Diagnóstico de la intoxicación aguda

Síntomas:

- » Depresión del sensorio
- » Hipotonía generalizada
- » Hipoglucemia
- » Vómitos
- » Halitosis enólica

\*El único parámetro de laboratorio confirmatorio de validez legal es la alcoholemia/alcoholuria.

### 2.2. Tratamiento

#### 2.2.1. Paciente inconsciente:

1. Utilizar protocolo de emergencia

2. Colocar sonda nasogástrica con protección de la vía aérea para evitar aspiración
  3. Evaluar posible broncoaspiración. Si presenta convulsiones, el tratamiento específico de elección es lorazepam, fenitoína, etc.
  4. Preferentemente administrar dextrosa de rutina
  5. Administrar glucosado hipertónico de rutina (incluso antes de recibir el laboratorio confirmatorio). Excepto ante cetoacidosis
  6. Si hay hipotensión, expandir con cristaloides
  7. Buscar evidencia de trauma
  8. Examen físico
  9. Extraer sangre
  10. Colocar sonda vesical si fuera necesario
  11. Estudio en orina o sangre de tóxicos y alcohol
  12. ECG para descartar arritmia
  13. Ante la sospecha de intoxicación reciente (antes de las dos horas), evaluar la indicación de lavado gástrico
  14. Compensación del medio interno
  15. Administrar vitamina B1: 50-100 mg ante la evidencia de alcoholismo crónico. Preferentemente por vía IM o IV
  16. Abrigar al paciente, la hipotermia es frecuente
- Diagnóstico diferencial:
- » Coma hipoglucémico
  - » Acidosis metabólica
  - » Depresión del sensorio por otras drogas
  - » Presencia de patología estructural (traumatismo de cráneo, etc.)

### **2.2.2. Paciente conciente**

Se recomienda evaluar si existen criterios de internación:

- » Intoxicación severa
- » Complicaciones clínicas
- » Riesgo de suicidio (antecedentes previos, verbalización de intención suicida, etc.)
- » Sobredosis de otras drogas

Criterios para internar en cuidados intensivos (UTI): coma con acidosis, depresión respiratoria, traumatismo de cráneo, intoxicación con otras drogas, alteraciones cardiovasculares y/o respiratorias agudas.

En términos generales, cuando hay alcoholemias inferiores a 200 mg/

dl el manejo se puede realizar de manera ambulatoria sin necesidad de administrar fármacos. Se recomienda optimizar los factores ambientales que rodean al paciente, manteniendo la habitación tranquila, sin personas que puedan irritarlo, con escasos estímulos lumínicos y sonoros. Se debe asegurar la adecuada hidratación, evitando bebidas estimulantes. En aquellos casos en los que la alcoholemia sea mayor, o existan evidencias de malnutrición, se recomienda administrar de 200 a 400 mg de tiamina parenteral como parte de la desintoxicación, para prevenir las graves secuelas neurológicas relacionadas con este déficit vitamínico. En casos de pacientes dependientes, pueden en pocas horas pasar a la siguiente etapa de abstinencia.

Pautas a tener en cuenta con un paciente agudo:

1. Enfocar a una persona con un trastorno por consumo por alcohol como un enfermo con un daño cerebral que puede afectar la confiabilidad de la anamnesis directa
2. Se requiere un ambiente de total seguridad con restricciones claras
3. Controles seriados y permanentes
4. Preferentemente instituciones generales con profesionales entrenados en la interconsulta psiquiátrica



## Abordaje del síndrome de abstinencia

---

El síndrome de abstinencia aparece entre las 6 y 36 hs desde la interrupción de la ingesta, con una mayor intensidad y gravedad potencial luego de las primeras 72 hs, cediendo aproximadamente a los 10 días. Señales como el insomnio y algunos síntomas cognitivos como el juicio alterado, fallas en la memoria reciente y las funciones visoespaciales pueden durar hasta varias semanas.

Los síntomas primarios se deben a la hiperactividad autonómica (sudoración, taquicardia, hipertensión), a los que se agregan temblor de manos, insomnio, alucinaciones táctiles, auditivas o visuales transitorias, excitación psicomotriz, ansiedad y crisis convulsivas.

El cuadro más grave de abstinencia se denomina clásicamente *delirium tremens* y puede evolucionar fatalmente si el paciente no recibe el tratamiento adecuado.

### 3.1. Tratamiento

- Se debe lograr un consentimiento de la familia si no aceptan una internación cuando está indicada y se sugiere, de todas maneras, dar claras pautas para el tratamiento ambulatorio. Eventualmente, indicar internación involuntaria según el riesgo de vida del paciente.
- Disponer de un teléfono con atención de emergencia las 24 hs.
- Realizar un examen físico exhaustivo, evaluación del estado del medio interno, monitoreo de signos vitales cada 4 hs.
- Solicitar estudios complementarios sugeridos:
  - \* Recuento de plaquetas
  - \* Hepatograma completo, incluida GGT
  - \* Coagulograma
  - \* Amilasemia
  - \* Urea
  - \* Creatinina
  - \* Glucemia

- \* CPK
  - \* ECG
  - \* RX tórax
  - \* Albúmina
  - \* Ionograma
  - \* Lipidograma
  - \* Calcio
  - \* Magnesio
  - \* PCR
  - \* Orina completa
  - \* Sangre oculta en materia fecal
  - \* Electroforesis
  - \* Test de tolerancia a la glucosa
  - \* Insulinemia
  - \* Ácido fólico
  - \* Obtener consentimiento para serología del VIH. Otras serologías: VDRL, AgHBV, HCV.
- El síndrome de abstinencia al alcohol siempre debe ser medicado con psicofármacos específicos, teniendo en cuenta la alta probabilidad de complicaciones severas. La hiperactividad glutamatérgica y noradrenérgica es la causa fundamental de los síntomas del síndrome de abstinencia al alcohol, es por ello que los fármacos más usados son los que regulan estos sistemas. Son las benzodiazepinas, los fármacos anticonvulsivantes y la clonidina. Los fármacos antipsicóticos típicos se recomiendan únicamente cuando se sospeche *delirium tremens* y deben suspenderse en cuanto desaparezcan los síntomas (haloperidol de 1 a 5 mg IM-IV).

Uso de benzodiazepinas: su utilidad radica en que son sedantes, ansiolíticas, hipnóforas y previenen las convulsiones. Es preferible utilizar aquellas que eviten el primer paso hepático y con menor potencial de depresión respiratoria, como el lorazepam.

Actúan sobre los receptores GABA A controlando los síntomas de abstinencia, previniendo el desarrollo de convulsiones y del *delirium tremens*.

- » Diazepam: puede ser administrado tanto IV, IM u oral, en dosis de hasta 80 mg cada 4 hs sólo por las primeras 24 hs, debido al riesgo de hepatotoxicidad. Es preciso evaluar cuidadosamente al paciente, pues estas dosis tan altas sólo son recomendables en pacientes con dependencia severa a benzodiazepinas y alcohol simultáneamente. Si se usa

la vía oral se administrará de 5 a 10 mg cada 4 a 6 hs, según necesidad.

Ventajas:

Amplia experiencia para su manejo en emergentología

Acción anticonvulsivante

Vida media larga

Desventajas:

Toxicidad hepática y potencialmente puede producir depresión respiratoria.

La dosis se puede regular fácilmente, según necesidad para manejar la ansiedad y favorecer la sedación. En cuanto el paciente se estabiliza, se discontinúa su uso.

- » Lorazepam: 1 a 15 mg durante las primeras 24 hs. Debido a su vida media intermedia tiene menor riesgo ante una depresión respiratoria y se puede utilizar cuando hay daño hepático crónico. Tiene la desventaja de que puede producir dependencia, por lo que se aconseja, en lo posible, no extender su uso por más de cuatro semanas

Otras benzodiazepinas de vida media prolongada tienen como ventaja una menor posibilidad de rebote y mayor control de los síntomas.

Disponemos de clordiazepóxido en dosis de hasta 50 mg administrados cada 4 hs y clorazepato dipotásico de 5 a 30 mg cada 4 hs.

En casos de antecedentes de abuso de benzodiazepinas, en la actualidad la tendencia es utilizar altas dosis de pregabalina (de 300 a 600 mg diarios). Tiene como ventaja adicional que esta molécula no se metaboliza a nivel hepático, pudiendo indicarse en asociación potenciadora con topiramato en dosis de 50 a 100 mg diarios por sus acciones gabaérgicas y/o con otras moléculas.

Gabapentin en dosis de 300 a 3.000 mg diarios es otro de los recursos recomendados en los últimos años. Pregabalina es tres veces más potente que gabapentin.

Advertencia: en los casos de pacientes que presentan abuso de benzodiazepinas de alta potencia, clonazepam, diazepam, recomendamos agregar, al comienzo, pequeñas dosis de esas benzodiazepinas de vida media prolongada para evitar desencadenar un síndrome de privación más severo y el consiguiente riesgo de fracaso terapéutico.

Respecto del uso de clonidina, esta antigua molécula tiene un efecto agonista alfa<sub>2</sub> que provoca inhibición de la actividad noradrenérgica central y, pese a que no presenta actividad antimicrobiana, es muy efectiva para disminuir el estrés que produce el anhelo de alcohol. Como efecto positivo



adicional reduce la tensión arterial en casos de hipertensión secundaria a la abstinencia. No sería un fármaco recomendable como monoterapia, ya que no previene cuadros graves (convulsiones y *delirium tremens*). Asimismo, el efecto sobre el deseo de beber es controversial, pero asociada con clonazepam, en pequeñas dosis, suele ser muy efectiva para controlar la ansiedad.

- Hay que tener en cuenta que muchos pacientes ingieren hipnosedantes cotidianamente, por lo que se debe esperar la aparición de algún cuadro de deprivación complejo por la interrupción de las otras drogas que puede estar consumiendo.
- Dieta y suplementos nutricionales: se recomienda el suministro de vitaminas del complejo B, especialmente tiamina. En nuestro medio disponemos de complejo B1B6B12 100000 U. Administrarlo inyectable IM dos veces por día durante una semana. Evaluar si la vía de administración será IM o IV. No se sugiere la vía oral para las vitaminas del complejo B debido que éstas no son absorbidas adecuadamente a nivel intestinal por el efecto del alcohol y la limitación de absorción de las altas dosis que se requieren.
- Agregar magnesio en dos tomas diarias (dosis: 150 a 250 mg dos veces al día). También evaluar la posibilidad de agregar adenosina, metionina y otros aminoácidos presentes en preparados multivitamínicos ampliamente disponibles en nuestro medio. También disponemos de inyectables IM que contienen 100 mg de adenosil-metionina con o sin el agregado de vitamina B12. Advertimos la contraindicación de este tipo de moléculas en pacientes con patología bipolar por el riesgo de inducir el viraje a la manía.
- Mantener el balance electrolítico actualizado.
- Registro de signos vitales.
- Tener en cuenta los riesgos del uso de paracetamol por el peligro de inducir iatrogénicamente una degeneración centrolobulillar hepática. Ante hipertermia, recomendamos métodos físicos, expansión con suero fisiológico y dipirona.
- Dieta libre de harinas refinadas, cafeína, edulcorantes artificiales, azúcares y otros nutrientes de baja calidad. Agregar dieta rica en proteínas: carnes magras, pollo desgrasado y pescados. Añadir frutas y verduras frescas, legumbres y cereales en abundancia.
- Mínimo, tres comidas diarias, con especial atención en el desayuno, que, insistimos, debe ser equilibrado en nutrientes.

## **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SUBAGUDO (deshabitación)**

---

Esta etapa es crucial en el tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol. Está orientado a lograr la abstinencia total, con mejoría significativa en la calidad de vida y los riesgos biopsicosociales del paciente. Pese a que existen estrategias relacionadas con la reducción en el consumo y sus consecuencias, todo tratamiento debe tener como objetivo la abstinencia total de alcohol, tabaco y cualquier droga de abuso.

Las metas del tratamiento farmacológico a largo plazo del alcoholismo son:

- Que el paciente y su familia acepten la vulnerabilidad respecto del alcohol, su incapacidad de controlarlo y las consecuencias del consumo en su vida, aceptando la necesidad de recibir un tratamiento sostenido a lo largo del tiempo: terapia psicológica y/o la participación en programas comunitarios de recuperación, entendiendo la necesidad del tratamiento farmacológico específico y médicamente supervisado a largo plazo.
- Extinción de la conducta orientada al consumo de alcohol y sus circunstancias asociadas.
- Estabilización física y emocional del paciente.

### **¿Qué debería hacer el médico cuando tiene que medicar a un paciente con dependencia alcohólica?**

La administración de medicación requiere espacios estructurados dentro de la entrevista ambulatoria. La primera sesión comienza con la exhaustiva revisión del examen médico-psiquiátrico con el paciente y las consecuencias negativas del consumo de alcohol. Esta discusión se centra en el diagnóstico de la dependencia alcohólica y sus comorbilidades, la recomendación de abstinencia y la necesidad del uso racional de medicación. Se provee información para maximizar la adherencia, se evalúa si requiere internación o no, y se sugiere la participación en psicoterapia y/o grupos de autoayuda (Alcohólicos Anónimos).

En las visitas siguientes, el médico evalúa el patrón de consumo del paciente, su funcionamiento general, la adherencia al tratamiento y los efectos adversos que tenga. Estas primeras consultas son cruciales y se requiere un compromiso importante del clínico, a través de llamados telefónicos para averiguar el estado del paciente, apoyarlo en los cambios positivos y proveer información y contención frente a los efectos adversos. Si el paciente no adhiere a la medicación indicada es importante evaluar las razones y ayudarlo a desarrollar un plan para afrontarlas. Del proyecto COMBINE y del material del NIAAA se exponen estrategias para mejorar adherencia (véase cuadro).

#### **4.1. Fármacos para la compulsión o “anhelo de alcohol” (*craving*)**

##### **Evaluación del anhelo de alcohol (*craving*)**

El anhelo es: “...un constructo multidimensional que intenta captar la propensión o compulsión de actuar que se manifiesta en ideas, impulsos o tendencias innatas de usar o abusar de una sustancia tal como el alcohol”. Bohn, Barton y Barron, 1996.

Existen diversos métodos para cuantificar el anhelo compulsivo (*craving*) por el alcohol.

Los instrumentos se clasifican en dos grupos.

1. Los de autorreporte
2. Los psicofisiológicos

Los de autorreporte son subjetivos porque dependen de la autoevaluación del sujeto. Existen instrumentos simples que se miden con escala VAS (Visual Analogic Scale) o Likert (del 1 al 10), y que reflejan la respuesta a la pregunta sobre cuán fuerte es el deseo de beber. Sin embargo, son más consistentes los instrumentos multidimensionales, ya que miden el anhelo de beber en toda su complejidad.

Aunque se dispone de varios instrumentos, sugerimos la escala de consumo de alcohol obsesivo-compulsivo (Antón, 1995, validada por Gabriel Rubio y colegas, 1999); véase Anexo 1. Esta escala tiene confiabilidad test-retest, lo que significa que varios examinadores hallaron lo mismo con la escala en un mismo sujeto. Además, presenta consistencia interna, ya que ninguna pregunta contradice a otra del test.

Las medidas psicofisiológicas, pese a ser las más objetivas porque mi-

den las respuestas fisiológicas corporales ante el alcohol (temperatura, sudor, piloerección, etc.), son más complejas de realizar porque requieren de un laboratorio sofisticado.

### **Uso clínico de las escalas de “anhelo del alcohol”**

El anhelo de alcohol debe ser monitoreado permanentemente como un indicador preciso sobre la evolución del paciente. Es importante destacar que esta práctica ayuda significativamente a mejorar la relación terapéutica, pues el sujeto percibe que el clínico se interesa objetivamente en el contenido de sus ideas y conductas relacionadas con el alcohol, al mismo tiempo que provee la base para que el paciente aumente el control interno de su anhelo de alcohol, piedra basal de toda prevención eficaz de recaídas.

La conexión que se realiza entre la medicación y el alivio del anhelo de alcohol y sus consecuencias, incrementa la adherencia a la medicación. Puntajes altos de la escala de consumo de alcohol obsesivo-compulsivo predicen mayor severidad de la adicción, requiriéndose una complejidad mayor de tratamiento. El valor predictivo de las escalas ayuda a tomar mejores decisiones terapéuticas.

Las medidas de estado, es decir aquellas que miden el anhelo de alcohol del momento presente, en combinación con las medidas globales que miden el anhelo de alcohol en un período de tiempo de al menos una semana, son las que mayores resultados han dado.

Muchos pacientes alcohólicos tienen grandes dificultades para contener sus deseos de beber ante estímulos condicionados. Esto suele ser un motivo de consulta y disponemos de fármacos eficaces para su manejo. Estos estímulos “gatillo” pueden desencadenar conductas orientadas a conseguir ingerir alcohol, o colocarse en situaciones en la que esta posibilidad se concrete. Esto puede ser disparado también por pequeñas cantidades de alcohol o incluso otras sustancias psicoactivas.

Los pacientes alcohólicos suelen tener anormalidades en ciertos circuitos cerebrales, particularmente el cortex prefrontal y en determinadas estructuras límbicas (como la amígdala), lo que contribuye a presentar un deterioro en la capacidad de inhibición de las respuestas de búsqueda de alcohol y, por ende, la posibilidad de resistirse ante la presencia de estímulos condicionados, lo que tiene un papel crucial en los procesos de recaída de estos pacientes.

## **NALTREXONA**

### **¿Cómo actúa?**

Naltrexona bloquea receptores opiáceos involucrados en los efectos de recompensa del consumo de alcohol y una reducción del anhelo compulsivo del consumo.

En los pacientes se manifiesta como una capacidad mayor de resistir ante los impulsos de beber o incluso lograr detener el consumo compulsivo luego de ingestas menores o iniciales. Esta “resistencia” o capacidad de autocontrol, puede a largo plazo mejorar los índices de abstinencia aun cuando el paciente presente anhelos compulsivos.

### **Ventajas**

Naltrexona es un antagonista opioide de vida media prolongada y buena absorción oral; su dosis habitual es de 50 mg/día, en una sola toma diaria.

En pacientes con patología gástrica sugerimos indicarles comenzar con 25 mg después del desayuno, para evitar efectos adversos.

En varios estudios se ha podido utilizarla hasta en dosis de 100 y 150 mg/día, aunque no hay estudios concluyentes sobre un efecto superior a 50 mg/día.

Es un medicamento “amigable” en la relación terapéutica, ya que no impide el consumo de alcohol, como en el caso de los fármacos aversivos (con la consiguiente resistencia de los pacientes alcohólicos a la prohibición externa percibida). Particularmente es útil para evitar el consumo masivo luego de un consumo de escasas cantidades de alcohol, fenómeno denominado *priming*. Esto incrementa la ansiada vivencia de autocontrol por parte de los pacientes.

Está demostrado que reduce el anhelo compulsivo, que suele ser el síntoma “blanco” (target) con el que se logra más adherencia al tratamiento por parte del paciente.

Además, prácticamente no ofrece el riesgo de interacciones medicamentosas, lo cual nos permite amplias asociaciones con otros fármacos.

Estas ventajas se mantienen únicamente cuando la adherencia a la medicación es alta (Chick y colegas, 2000), por lo que resulta importante que el paciente sea motivado para continuar con el tratamiento.

### **Conclusiones**

Disminuye el número de días de bebida y el consumo excesivo luego de un período de consumo.

Disminuye la tendencia a volver a beber y a recaer en dependencia

alcohólica.

Reduce el anhelo de alcohol.

Es conveniente mantener el tratamiento más allá de los cuatro meses recomendados inicialmente, llegando incluso a los doce meses, asociado con otros fármacos e intervenciones psicoterapéuticas individuales, familiares y sociales (grupos, soporte comunitario, Alcohólicos Anónimos, acompañantes terapéuticos, etc.)

Es preciso insistirle al paciente acerca de la conveniencia de reiniciar la toma de naltrexona ante el requerimiento del anhelo de alcohol, aunque esto ocurra meses o años después de haber discontinuado la medicación. Es más efectiva en pacientes con consumo problemático temprano y trastornos de conducta (clasificación de Cloninger: alcoholismo tipo 2)<sup>7-8</sup>

### **Desventajas**

Los efectos adversos son leves afectan al 15% de los pacientes, en particular son frecuentes las cefaleas y náuseas. Otros efectos adversos son: ansiedad, insomnio, astenia, mareos e inquietud, que suelen ser más intensos al comienzo, tendiendo a disminuir con la continuidad del tratamiento.

Este fármaco no puede ser administrado en casos de hepatopatía severa (cirrosis), ya que no se dispone de datos que corroboren la seguridad de la droga.<sup>9</sup> Como regla general, no se recomienda administrar naltrexona si las transaminasas y bilirrubina se encuentran en más de cinco veces aumentado su límite superior.

Se debe tener especial cuidado en instruir al paciente y su familia para que tengan una tarjeta en la que se consigne el tratamiento con naltrexona, ya que en caso de urgencia puede recibir analgésicos opiáceos y desencadenar un cuadro agudo de abstinencia. También hay que tener especial cuidado en pacientes con abuso de alcohol y opiáceos, pues se necesita de una desintoxicación completa de opioides con control de orina y al menos tres a cuatro días sin consumo para instaurar el tratamiento con naltrexona, que se debe iniciar con 25 mg matinales, a prueba.

---

7 *Guía del tratamiento del alcoholismo*, Jiménez-Arriero, M.; Pascual Pastor, P; Flórez Menéndez, G. y Contel Guillamont, M., Socidrogalcohol.

8 Kiefer, F; Jiménez-Arriero, M.; Klein, O.; Diehl, A.; y Rubio, G.: "Cloninger's typology and treatment outcome in alcohol-dependent subjects during pharmacotherapy with naltrexone", *Addiction Biology*, 2007.

9 En estos casos de daño hepático grave, actualmente se recomienda indicar baclofeno, en dos o tres tomas de 10 mg cada una, por su acción similar GABA.

### **Modo de uso**

En nuestra farmacopea disponemos de comprimidos de 50 mg de naltrexona y en envases de 10, 25 y 50 comprimidos. Recomendamos comenzar con 25 mg, o sea medio comprimido después del desayuno o almuerzo, pues así se neutraliza uno de los efectos adversos, las náuseas, que pueden perjudicar la frágil adherencia inicial de estos pacientes al tratamiento farmacológico. Es conveniente advertirles acerca de este efecto adverso, o de los posibles malestares estomacales, mareos o cefaleas, como complicaciones benignas que ceden fácilmente y no requieren discontinuar el fármaco.

Existen otros métodos para mejorar la adherencia (más usados en dependencia a opiáceos), como la administración de 100 mg/día tres veces a la semana; aunque no hay indicios de que el efecto terapéutico sea menor, sí pueden ser mayores los efectos adversos. A veces puede ser útil en pacientes que requieran más monitoreo del cumplimiento de la ingesta para mejorar la adherencia.

Este medicamento puede ser utilizado en el modelo de tratamiento basado en abstinencia total, pero resulta imprescindible en aquellos en los que no se puede asegurar la abstinencia total, como ocurre en la mayoría de los casos, por la carencia de efectos antagónicos.

Reiteramos lo señalado en una nota al pie de página: baclofeno ha pasado a ser la molécula de elección en sustitución de naltrexona en graves patologías hepáticas en las que no es indicable naltrexona –cirrosis– en dosis de 10 mg, dos a tres tomas diarias, por su acción similar gabaérgica. No indicarla si existe una comorbilidad con procesos psicóticos.

## **4.2. Fármacos aversivos o disuasores**

### **DISULFIRAM**

#### **¿Cómo actúa?**

Interfiere con el metabolismo del alcohol en el hígado, permitiendo la acumulación del tóxico acetaldehído en el fluido sanguíneo. Muchos estudios avalan la efectividad combinado con el tratamiento psicosocial, disminuyendo la cantidad y frecuencia de ingesta alcohólica.

#### **Ventajas**

El uso de disulfiram está indicado cuando evaluamos privilegiar una terapia aversiva, cuyo objetivo principal es producir rechazo desenca-

denando el efecto alcohol-disulfiram. Pero en la práctica se utiliza como una estrategia de motivación, ya que esta indicación debe ser avalada por el paciente y su familia, quien sabe que es un refuerzo autoadministrado para “blindarse” ante situaciones de alto riesgo. Lograr esto depende de la capacidad persuasiva del médico, el nivel de confianza y respeto que se logra con el paciente.

La no disponibilidad de alcohol en pacientes que diariamente toman disulfiram los pone en una nueva experiencia, en la que experimentan una mayor conciencia tóxica real del alcohol, como si ya no fuera más una bebida inofensiva (lo cual para el observador externo, obviamente, hace tiempo que dejó de serlo).

### **Desventajas del disulfiram**

Cuando el paciente no está comprometido con la abstinencia continua y se “prueba” bebiendo pocas cantidades de alcohol mientras está tratado con disulfiram, su efecto se reduce considerablemente y, además, puede llegar a ser peligroso tras un consumo importante o tras consumos pequeños pero reiterados de alcohol. Otro posible inconveniente es que si el paciente y la familia se “olvidan” de tomar disulfiram, puede tomar conciencia de que el alcohol vuelve a estar “disponible” para él y puede reintensificarse el riesgo de recaída.

Es importante destacar que no todos los pacientes son candidatos a tomar esta medicación, sólo los muy motivados con baja posibilidad de recaída. Este medicamento puede ser combinado con naltrexona en aquellos casos en que se alternan períodos de abstinencia total y consumo controlado, para aumentar el potencial terapéutico de la estrategia. Se recomienda el monitoreo de la función hígato-renal por los riesgos potenciales que presenta esta asociación medicamentosa.

Otro inconveniente en ciertos casos puede ser la necesidad de consentimiento informado, la posibilidad de accidentes por no cumplimiento de la dieta, la falta de apoyo de la comunidad médica local a la indicación por la forma abusiva que se utilizó en el pasado que puede tener un impacto negativo en la continuidad y la confianza del paciente y su familia en el tratamiento.

### **Reacción alcohol-disulfiram**

- Vasodilatación
- Náuseas
- Taquicardia
- Palpitaciones



- Mareo-vértigo
- Sudoración
- Dolor precordial
- Rubefacción facial
- Náuseas
- Vómitos
- Diplopía o visión borrosa
- Alteraciones de la presión arterial
- Cefalea
- Dificultad respiratoria
- Hiperventilación
- Sudoración

Los síntomas surgen hasta 20 minutos después del inicio de la ingesta. La cantidad de alcohol ingerida es crítica en la gravedad del síndrome. En ingesta importante de bebidas de alta graduación puede desencadenar depresión respiratoria, alteraciones cardiovasculares severas como: arritmias, infarto, shock, alteraciones de la conciencia, convulsiones y muerte.

### **Efectos secundarios**

Leves e inmediatos: somnolencia, astenia, halitosis, cefalea, disfunción sexual, dermatitis alérgica, acné, neuropatía, hepatitis.

Más severos y con el uso continuado: hepatopatía, que suele ser reversible cuando se retira el fármaco, pero conviene monitorizar la función hepática del paciente, antes del comienzo del tratamiento y también durante el mismo. Polineuropatía periférica, particularmente cuando se ingiere alcohol de modo simultáneo.

### **Recomendaciones**

Se debe firmar un consentimiento informado con el familiar a cargo donde se explicita en detalle aquellos productos disponibles en nuestro país que contengan alcohol en su fórmula, y se deben evitar mientras se encuentre en tratamiento con disulfiram (véase "consentimiento informado"). Se debería entregar al paciente y a su familia una tarjeta donde se explicita el tratamiento con disulfiram y los síntomas de la reacción alcohol-disulfiram.

### **Contraindicaciones**

El disulfiram está contraindicado en pacientes con alteraciones cardiovasculares y embarazo. Se debe tener especial precaución en aquellos casos con cirrosis hepática, bronquitis crónica, diabetes, hipotiroidismo,

epilepsia, insuficiencia hepática y psicosis.

### **Interacciones**

Warfarina (aumenta concentraciones plasmáticas), fenitoína (toxicidad hepática), isoniacida y rifampicina (neurotoxicidad), diazepam y clordiacepóxido (interacción hepática).

Antagonistas alfa y betadrenérgicos y las fenotiazinas potencian los efectos del disulfiram. Se sugiere reducir las dosis.

### **Modo de uso**

Se recomienda comenzar con 500 mg diarios si no hay problemas en la función hepática para producir un rápido bloqueo de la enzima. Luego, para el mantenimiento, reducir la dosis a 250 mg. Puede comenzarse con menor dosis. En nuestro país existen dos marcas comerciales, cuyas presentaciones son de 250 mg y 500 mg por 30 comprimidos.

En cuanto al tiempo de tratamiento, esto depende exclusivamente del criterio del médico y del paciente en particular. Algunos lo utilizan por períodos prolongados (hasta dos años) y otros lo usan para situaciones de riesgo (fiestas especiales, vacaciones en lugares con oferta de alcohol "todo incluido", etc.)

En los casos de consumo de cocaína y alcohol, la indicación de disulfiram ha merecido una especial atención a partir de las investigaciones de Carrol,<sup>10</sup> en las que se demostró que disulfiram, por sus acciones dopaminérgicas, cuando se vuelven excesivas producen en el usuario reacciones molestas y aversivas, como incremento de la frecuencia cardíaca, hipertensión arterial, ansiedad, paranoia e inquietud. Estas acciones acontecen porque disulfiram bloquea la enzima dopamino-beta-hidroxilasa (DBH), que degrada la dopamina.

## **4.3. Otros fármacos potencialmente útiles en ciertas poblaciones**

### **CARBAMAZEPINA**

Al igual que en el caso anterior, esta molécula sería eficaz en el control de la impulsividad, teniendo también una acción beneficiosa sobre el control de la ansiedad. Las dosis recomendadas son de entre 600 y 1.200 mg/día, siendo recomendable solicitar hemograma (disminución

---

<sup>10</sup> Kalina, E.: "Disulfiram, una nueva opción medicamentosa para el tratamiento de la adicción a la cocaína", *Revista de Neurofarmacología Clínica*, Vol. XI, N° 76, 2006.

de plaquetas), enzimas hepáticas y dosar niveles plasmáticos al menos cada seis meses. Al igual que con ácido valproico, hay que tener en cuenta su acción sobre el citocromo P450, en este caso inhibidora.

## **OXCARBAZEPINA**

En los últimos años se ha hecho más frecuente el uso de oxcarbazepina, dada su mayor tolerabilidad y menor posibilidad de interacciones farmacológicas, lo cual favorecería su uso en pacientes con pobre adherencia al tratamiento.

Se recomiendan dosis de entre 1.200 y 2.400 mg en dos o tres tomas diarias.

## **TOPIRAMATO**

### **¿Cómo actúa?**

El topiramato fue originalmente desarrollado como una droga antiepiléptica, teniendo una variedad de mecanismos de acción, todos ellos enfocados en lograr la estabilización de la hiperexcitabilidad neuronal. Dentro de estos mecanismos útiles para tratar la dependencia al alcohol está la potenciación de la actividad gabaérgica. El alcohol actúa de manera aguda induciendo una acción facilitadora del GABA. Este efecto, vinculado con el refuerzo positivo que ejerce el alcohol, es responsable a su vez del futuro consumo compulsivo. En forma crónica, el alcohol va produciendo una depleción de la actividad gabaérgica, con lo que el paciente busca suplir esta falta a través de la ingesta de alcohol de manera continuada. Respecto del efecto del topiramato sobre los neurotransmisores excitatorios, encontramos su principal acción en la inhibición de los receptores glutamatérgicos. En tercer lugar, el topiramato disminuye la actividad dopaminérgica mesocorticolímbica facilitada por el consumo de alcohol. En este caso, podríamos decir que esta vía está extremadamente facilitada en los sujetos con consumo crónico de alcohol, quienes al consumirlo tienen un efecto dopaminérgico exageradamente mayor que aquellos que no tienen esta sensibilidad.

### **Ventajas**

Es un fármaco especialmente útil para pacientes con riesgo epileptógeno. Favorece una muy buena adherencia en pacientes con comorbilidad con trastornos alimentarios (bulimia o trastorno por atracón), particularmente en mujeres, ya que es el único estabilizador del estado de

ánimo que puede producir anorexia, facilitando una disminución del peso corporal.<sup>11</sup> Disminuye moderadamente el anhelo de alcohol y no es necesaria la abstinencia total para que ejerza sus efectos, aunque por su potencial hepatotóxico y cognitivo-tóxico, se recomienda evitarlo durante un consumo excesivo activo por parte del paciente. Tiene el beneficio adicional de mejorar la impulsividad, rasgo clave según recientes investigaciones sobre la etiopatogenia del alcoholismo.<sup>12</sup>

### **Desventajas**

Requiere dos tomas diarias. La titulación es lenta para intentar evitar efectos adversos sobre la esfera cognitiva que son dosis dependientes, lo que disminuye la rapidez de acción. Escasa acción estabilizadora del ánimo en monoterapia.

### **Efectos adversos**

Débil inhibidor de la anhidasa carbónica, puede producir cálculos renales, parestesias, náuseas, anorexia, adelgazamiento, problemas en la memoria, concentración y/o atencionales, retardo psicomotor, astenia, dificultades al hablar, etc. Todos estos síntomas son manejables con disminución de las dosis, ya que es dosisdependiente, titulación más lenta y cambios en los horarios de administración.

Stahal advierte además como efectos adversos graves y poco frecuentes: acidosis metabólica, glaucoma de ángulo cerrado y cálculos renales.<sup>13</sup>

### **Modo de uso**

La dosis efectiva varía entre los 100 y los 400 mg. Disponemos de varias marcas en nuestro país, con presentaciones de 25 mg, 50 mg y 100 mg, en envases de 30 comprimidos. Conviene empezar con 25 mg a la noche después de comer y titular lentamente de a 25 mg por vez hasta llegar a la dosis recomendada según la tolerancia del paciente y el efecto buscado. Se debe administrar en dos tomas diarias.

Otro criterio es comenzar con 50 mg por día en dos tomas de 25 mg c/u y luego ir subiendo la dosis lentamente.

## **ÁCIDO VALPROICO**

Son múltiples los estudios que postulan el efecto favorable del ácido valproico en el tratamiento del alcoholismo en las fases de deshabitua-

11 Vale aclarar que este aceptable y aceptado efecto adverso por norma general se va manifestando luego de aproximadamente 15 días de estar recibiendo este fármaco.

12 Rubio, G; Martínez-Gras, I; y Manzanares, J.: "Modulation of Impulsivity by Topiramate", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2009.

13 Stahal, S. M., "The Prescriber Guide", Cambridge, University Press, 2005, UK.

ción y mantenimiento. Sin embargo, no hay estudios que validen y/o muestren resultados significativos en relación con una supuesta acción sobre el anhelo de alcohol.

El efecto contra la activación inducida (kindling) del valproato estaría ligado a la disminución y/o moderación de la impulsividad, y también tiene una acción estabilizadora del ánimo, que en estos pacientes puede ser beneficiosa.

Se utiliza de dos maneras diferenciales:

A- En un rango de 1 a 2,5 gramos por día en dos o tres tomas.

B- En una dosis de 21 mg/kg/día.

El tratamiento debería prolongarse a lo largo de las tres fases de recuperación (desintoxicación, deshabitación y mantenimiento) o bien por el tiempo que el cuadro lo requiriese.

Deben monitorearse cada 4-6 meses los niveles plasmáticos del fármaco, enzimas hepáticas (por la posibilidad del aumento de transaminasas), trigliceridemia, glucemia (estos dos últimos por probabilidad de incremento de peso) y hemograma (posibilidad de plaquetopenia y neutropenia). En una paciente de sexo femenino en edad fértil hay que considerar la aparición de quistes ováricos, por lo que se recomienda el control ecográfico anual. Es importante tener cautela en el caso de pacientes con polifarmacia, dado el efecto inductor sobre el sistema citocromo P450 que tiene la molécula, por lo que sugerimos que tanto este fármaco como la carbamazepina sean prescritos en aquellos que tengan una adecuada adherencia al tratamiento, es decir que cumplan con rigurosidad las indicaciones terapéuticas.

#### **4.4. Aspectos farmacoeconómicos**

Cuando se indica un fármaco, siempre se ha de tener en cuenta la realidad socioeconómica del paciente, ya que son tratamientos prolongados y deben estar al alcance de sus posibilidades. En el caso de la naltrexona, aunque su costo es relativamente elevado, esto tiende a ser menos relevante comparado con los altos costos psicosociales y de morbimortalidad que tiene la enfermedad. Desde hace poco disponemos de una ley de alcoholismo, en la cual se contempla la cobertura completa del tratamiento. Se debe asesorar al paciente, pues estos trámites pueden ser complejos y atemorizadores por el alto estigma social de la enfermedad. Se adjunta un instructivo para ayudar a los pacientes a que

logren la cobertura total de la medicación, con la ventaja que significa conseguir estos fármacos sin costo. Como en otros aspectos del tratamiento, la orientación provista por el profesional o la institución es fundamental para motivar a la familia a que realice los trámites necesarios para lograr la cobertura no sólo de la medicación, sino también del costo total del tratamiento.

Consideramos la necesidad de facilitar el acceso de la población a todos los medicamentos efectivos para tratar esta enfermedad. Para más información:

<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=42480>



## ABORDAJE FARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO DUAL ALCOHÓLICO

---

En forma sucinta, el término patología dual indica la comorbilidad entre un trastorno del Eje I (algunos autores agregan el Eje II) y los trastornos por consumo de sustancias que pueden ser o no independientes (aunque necesariamente interactivos). Dicha coexistencia implica formas de presentación complejas, dificultad a la hora del diagnóstico, empeoramiento sintomático progresivo, evolución tórpida y la posibilidad de aparición de refractariedad al tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico en ambos tipos de desórdenes, ya que las mencionadas “sustancias” pueden actuar como asociaciones o más frecuentemente con las interacciones medicamentosas.

Por otro lado, la consideración de los trastornos duales ha estado favorecida por la profundización, mejora y progresiva aceptación de los sistemas nosológicos actuales: DSM IV y CIE 10. Dichos sistemas han contribuido al reconocimiento de una diversidad diagnóstica en la misma persona. Más concretamente, que existen en el mismo caso dos diagnósticos, uno de trastorno mental y otro de cuadro adictivo, los cuales hay que definir y a la vez integrar en el tratamiento.

Estudios del Epidemiologic Catchment Area (ECA) realizados en los Estados Unidos, mostraron que los pacientes con esquizofrenia tenían probabilidades tres veces mayores de abusar o depender del alcohol que la población en general, y que aquellos con diagnóstico de trastorno bipolar tenían seis veces más chances (el 60,7% de los sujetos con trastorno bipolar tipo I presentaba un TUS comórbido). A su vez, el Estudio Nacional de Comorbilidad (NCS, tal su sigla en inglés), llevado a cabo en 2004, evidenció que el 51,4% de las personas que abusaban o dependían del alcohol u otras drogas sufría un trastorno mental severo concomitante, y que el 50,9% de los pacientes con enfermedad psiquiátrica grave había abusado de alcohol o drogas durante su vida. Es vasta la literatura que sitúa la comorbilidad entre los trastornos depresivos y el trastorno por uso de alcohol entre el 40 y el 60%, siendo ésta, sin



lugar a dudas, la comorbilidad más frecuente.

Lo expuesto es una somera descripción del impacto que el consumo de drogas, y en particular de alcohol, tiene sobre la patología psiquiátrica, y marca la frecuencia con que el psiquiatra clínico se encuentra con este tipo de cuadro en la práctica cotidiana. Dada la altísima incidencia del diagnóstico dual y lo compleja de su presentación clínica, se hace crucial para este consenso fijar algunas pautas básicas para su abordaje terapéutico.

Al respecto, es prioritario considerar el tratamiento conjunto de ambos trastornos, ya que entre ellos tienen influencias mutuas a nivel pronóstico. Generalmente, el tratamiento del trastorno psiquiátrico asociado mejora la evolución del trastorno adictivo, siendo mayores las tasas de remisión en comparación con los tratamientos en paralelo; y que, por otro lado, si no se trata la problemática de consumo, ésta va a agravar sensiblemente el pronóstico del cuadro psiquiátrico.

Además, consideramos importante diagnosticar otras patologías concomitantes, ya sean psiquiátricas y/o somáticas, pues insistimos con el criterio de tratar al paciente en forma integral.

Haciendo foco en el tratamiento farmacológico, adherimos en este tópico a lo que se planteó con anterioridad en relación con el logro de la abstinencia total como eje angular de todo tratamiento. En este sentido, cualquier abordaje a la patología psiquiátrica coexistente debe ser precedido o ir acompañado (según sea el caso) de medicación enfocada en tratar el anhelo de alcohol, y debe realizarse monitoreo del cumplimiento de la abstinencia, debiéndose esto no sólo al cumplimiento de los objetivos terapéuticos, sino principalmente a cuidar la integridad psicofísica del enfermo dual dadas las variadas y riesgosas interacciones que existen entre el alcohol y los psicofármacos.<sup>14</sup>

## Recomendaciones

### 5.1. Trastorno dual de tipo psicótico

Recomendamos en este caso acudir a antipsicóticos de preferencia atípicos debido por un lado a que tienen un perfil antiimpulsivo y de efec-

---

<sup>14</sup> A los interesados en este tema los remitimos al trabajo publicado por Kalina en la *Revista Argentina de Psiquiatría Biológica*, Vol. XII, N° 94, 2005, Buenos Aires, con el título: "Actualizaciones acerca de las drogas psico-neuro-bio-socio-tóxicas y sus interacciones medicamentosas".

tos colaterales más adecuado que es de suma utilidad en este tipo de pacientes, y por otro a que, sobre todo en enfermos duales con esquizofrenia, poseen una más eficaz acción sobre los síntomas negativos, que son los que favorecen el abuso y suelen estar enmascarados por el consumo de alcohol.

Las estrategias farmacológicas recomendadas son:

- » Olanzapina: 10 a 20 mg/día. Sus efectos tienen un fuerte sesgo sedativo y antiimpulsivo, siendo un fármaco adecuado para reducir los montos de ansiedad que suelen acompañar estos cuadros. Monitorear cuidadosamente, por el riesgo de inducir síndrome metabólico y diabetes tipo II.
- » Risperidona: 3 a 9 mg/día. Dosis mayores no aportan eficacia antipsicótica significativa e incrementan la incidencia e intensidad de secundarismo).
- » Quetiapina: en el área de las psicosis sería una segunda opción (no así en el trastorno bipolar) debido a la menor potencia antipsicótica que posee en comparación con otras moléculas. En estos cuadros la dosis indicada es de 600 a 800 mg/día. Recomendamos especialmente indicarla en dosis de 100 mg o más asociada a 75 a 150 mg de pregabalina en toma nocturna para regularizar el sueño del alcohólico, que por norma general está severamente alterado, recomendando además monitorear cada 4-6 meses el perfil lipídico, por el riesgo de inducir una hipertrigliceridemia.
- » Ziprasidona: es un antipsicótico con muy buen perfil sociabilizante y acción sobre síntomas negativos. Lo indicamos en dosis de 160 a 300 mg diarios. Se recomienda asociarlo a pregabalina con el mismo criterio que en el caso de quetiapina. No induce síndrome metabólico ni hipertrigliceridemia ni se asocia a la aparición de diabetes tipo II. La desventaja es la prolongación del segmento QT, por lo que debe monitorearse cardiológicamente al paciente cada 3-4 meses, aunque recientemente el estudio CATIE minimizó esta advertencia.
- » Aripiprazol: el rango terapéutico es de 15 a 30 mg/día. Tiene buena tolerancia y altos índices de seguridad. Al igual que ziprasidona, no induce síndrome metabólico ni afecta significativamente otras variables clínicas.
- » Neurolépticos: debido al perfil de efectos secundarios desfavorable y a la acción más sobre síntomas positivos que negativos (que en la dualidad son la regla) han quedado relegados a un segundo o

a un tercer lugar. Se desaconseja el uso de clorpromazina dada la posibilidad de lesión hepática que este tipo de patología conlleva. Perfenazina es una opción a tener en cuenta por su alta tolerabilidad en dosis de 0,5 a 15 mg diarios. En caso de agitación, desasosiego o excitación, haloperidol en dosis de 5 a 10 mg asociado a una benzodiazepina como el lorazepam 2 a 4 mg (por su bajo impacto a nivel hepático) continúa siendo de primera elección, excepto en marihuaneros alcohólicos.

- » Clozapina: indicado para los cuadros refractarios al resto de los antipsicóticos. Dado el monitoreo de la serie blanca requerido y el riesgo de presentar un síndrome metabólico, le caben las mismas prerrogativas que en el caso de la olanzapina.

Fármacos de reciente salida al mercado, como la paliperidona y el sertrindole no cuentan con un nivel de evidencia suficiente aún como para ser incluidos en este consenso.

## 5.2. Trastorno dual de tipo afectivo

Como ya lo expresamos con anterioridad, la asociación entre alcoholismo y los trastornos del ánimo modifica la presentación clínica de tal forma que se hace necesaria una completa y adecuada evaluación diagnóstica que facilite el despistaje del cuadro afectivo, más allá del trastorno por uso de alcohol. Esta dualidad es la más frecuente y, probablemente, la más grave, no sólo por la potenciación sintomática que ambos trastornos poseen, sino porque el alcoholismo, en el curso de una enfermedad afectiva, conduce a una serie de consecuencias. A saber:

- A. Mayor riesgo de suicidio e intento de suicidio
- B. Episodios más graves
- C. Síntomas refractarios, tendencia a la cronicidad en ambos trastornos
- D. Alto riesgo de morbimortalidad
- E. Dificultades diagnósticas (alto índice de subdiagnóstico y/o error diagnóstico)
- F. Mayor frecuencia de internaciones
- G. Pobre adherencia al tratamiento farmacológico
- H. Pobre adherencia a la psicoterapia

Por lo expuesto y teniendo en consideración las recientes teorías de neurotoxicidad que se asocian a la falta de un tratamiento oportuno

y eficaz en los trastornos afectivos, es que este Consenso recomienda que se realice un diagnóstico precoz y que se instaure rápidamente el tratamiento farmacológico. En relación con la patología dual afectiva, haremos por separado las recomendaciones para depresión unipolar y trastorno bipolar.

### **5.2.1. Depresión unipolar**

Como fármacos de primera elección deberían utilizarse inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: sertralina, paroxetina, paroxetina CR, escitalopram, citalopram y fluoxetina; inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina: duloxetina, venlafaxina y venlafaxina XR; inhibidores de la recaptación de noradrenalina y dopamina: bupropión y bupropión XL; o modulador noradrenérgico-serotoninérgico: mirtazapina en dosis terapéuticas, estando la elección del mismo sujeta al tipo de presentación clínica de la depresión (inhibida, ansiosa o mixta) y a la severidad del cuadro, ya que hay antidepresivos que tienen tanto niveles de evidencia como de experiencia para el tratamiento de las formas más severas de la enfermedad: sertralina, citalopram, venlafaxina, paroxetina, duloxetina y fluoxetina, esta última en dosis iguales o mayores a 40 mg/día. En este punto es preciso recalcar lo que expresamos previamente en relación con la refractariedad al tratamiento antidepresivo, que en el marco de la depresión induciría la dependencia alcohólica, por lo cual, en el caso de que no hubiese respuesta o ésta fuese parcial, debería considerarse el uso, como monoterapia o como combinación, de antidepresivos heterocíclicos: clomipramina, imipramina, nortriptilina, amitriptilina, desipramina y maprotilina, y en una tercera instancia los IMAOS (tranilcipromina y fenelzina) como monoterapia. Dado el perfil poco favorable de efectos secundarios y de la precaución que requiere la utilización de estas moléculas, es que se circunscribe su uso sólo en los casos en donde se evidencie farmacoresistencia. Por último, hacemos mención a la agomelatina, molécula de reciente aparición con “blanco” en la depresión ansiosa y en donde hay alteraciones del sueño, síntomas que con frecuencia se encuentran en las depresiones asociadas al alcoholismo.

### **5.2.2. Trastorno bipolar**

Como mencionamos previamente y en sintonía con los últimos hallazgos en relación con la evolución y pronóstico de la enfermedad, se hace

necesario un diagnóstico y abordaje precoz con el objeto de evitar el avance del efecto neurotóxico del trastorno bipolar, que sería mayor en el caso del consumo de alcohol concomitante.

Si el episodio es depresivo, es recomendable la utilización de antirrecurrenciales como lamotrigina (la dosis efectiva sería a partir de 200 mg/día), carbonato de litio (litemias entre 0,8 y 1,2 meq/l) y de quetiapina y quetiapina XR en dosis de 300 mg/día, quedando como segunda elección la combinación de dos fármacos antirrecurrentiales de primera elección y la adición de antidepresivo. Cuando el episodio es grave, éstos deberían administrarse desde el inicio, siendo de primera elección el uso de IRSS y bupropión, si es descontado el riesgo de inducir convulsiones. No es recomendable la utilización de antidepresivos tricíclicos por el alto potencial de inducir el viraje (*switch*) a la manía que poseen.

En el caso de la fase maniaca es conveniente el uso de antipsicóticos atípicos (olanzapina, quetiapina, quetiapina XR, risperidona o ziprasidona), tanto por un perfil de efectos secundarios más favorable que en el caso de los típicos, como el probable efecto antiimpulsivo que los primeros tendrían.

En cuanto al mantenimiento, las opciones terapéuticas son carbonato de litio, lamotrigina y ácido valproico (dosis de entre 1 y 2,5 gramos/día) en monoterapia o en combinación, quedando en segundo lugar la utilización de otros anticonvulsivantes como carbamazepina y topiramato. Debido a sus efectos sobre la impulsividad y, probablemente, sobre el anhelo de alcohol, tanto el ácido valproico como la carbamazepina podrían ser utilizados en forma específica en el alcoholismo asociado a la enfermedad bipolar.<sup>15</sup>

### 5.2.3. Trastorno dual de tipo ansioso

Los trastornos de ansiedad en sus diversas presentaciones se asocian con frecuencia con abuso o dependencia de alcohol. Esto sumado a que el alcohol tiene gran sinergia y tolerancia con las benzodiazepinas (moléculas de extendido uso en los trastornos de ansiedad), hace complejo el abordaje de esta dualidad.

Al respecto, sería recomendable utilizar benzodiazepinas para el trata-

---

15 Para ampliar este tema recomendamos recurrir al "Consenso Argentino sobre el Tratamiento de los Trastornos Bipolares 2005", desarrollado por Vázquez/Strejilevich/García Bonetto/Cetkovich/Bakmas/Zaratiegui/Lagomasino/Goldchuk/Kalina/Herbst/Gutiérrez, publicado como suplemento especial del volumen XVI de *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 2005.

miento de mantenimiento de la patología dual ansiosa sólo en los casos en que ya se viniese prescribiendo las mismas de manera prolongada. En este caso debería adicionarse un IRSS en dosis bajas, pregabalina (dosis de hasta 600 mg/día), gabapentin o antipsicóticos atípicos también en bajas dosis, e ir discontinuando lentamente la o las benzodiazepinas.

En el caso de los pacientes vírgenes de tratamiento con benzodiazepinas, sería óptimo circunscribir su uso para la desintoxicación siempre y cuando éstas estén indicadas (véase “tratamiento agudo”). Prescribirlas por no más de seis semanas y luego discontinuarlas, dejando un esquema farmacológico de IRSS, pregabalina, gabapentin o antipsicóticos atípicos –como se describió más arriba– y bupiriona, es otra alternativa. Para finalizar este apartado, insistimos con el concepto de que no se debería iniciar el tratamiento farmacológico de la patología dual sin el logro de la abstinencia, para lo cual deberá acudirse a estrategias farmacológicas (naltrexona, disulfiram, etc.) y psicoterapéuticas para la prevención de recaídas.

### **Otras referencias bibliográficas recomendables son:**

1. “American Psychiatric Association Practice Guidelines for Treatment of Patients with Substance Use Disorders”, *The American Journal of Psychiatry* 164:4, Supplement, April 2007.
2. Lawrence, A. J.; Beart P. M. and Kalivas P. W., “Neuropharmacology of addiction: setting the scene”, *British Journal of Pharmacology*, N° 154, 259-260, 2008.
3. “World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Substance Use and Related Disorders, Part 1, Alcoholism”, *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2008.
4. Casas, M.; Guardia, J., “Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo”, *Adicciones*, Vol. 14, Supl. 1, 2002.



## TRATAMIENTO DE POBLACIONES ESPECIALES VIH/SIDA

---

### **Pacientes VIH positivos**

Los pacientes VIH positivos usuarios de drogas y alcohol son de muy difícil manejo, debido a los problemas de adherencia, patologías concomitantes, interacciones farmacológicas y a las dificultades secundarias a la conducta adictiva en general.

El consumo de alcohol y drogas influye negativamente en la historia natural de la enfermedad por el riesgo de inmunodepresión severa y dificultades para un adecuado seguimiento. El consumo activo de sustancias limita la indicación de los antirretrovirales, por la sospecha de una adherencia inadecuada y un menor acceso al sistema sanitario.

El médico debe alentar el abandono del consumo a través de programas especiales y estimulando el trabajo multidisciplinario con el paciente.

En los Estados Unidos se calcula que el 80% de los pacientes con el virus de inmunodeficiencia humana positivos consume alcohol. Dentro de este grupo, del 30 al 60% se le ha diagnosticado algún desorden en la ingesta de alcohol.

El consumo de alcohol facilitaría la infección por este virus; por otro lado, aceleraría el curso del VIH. Además, el alcohol altera la farmacocinética de gran parte de los antirretrovirales, comprometiendo de esta manera la eficacia de los tratamientos.

Debido a que el consumo abusivo de alcohol se ve también asociado a una mayor probabilidad de que un sujeto contraiga el VIH es que se debería proponer el test para VIH y otras enfermedades de transmisión sexual a todos los pacientes. Por otro lado, el consumo de alcohol en VIH positivos se asocia a una mayor tasa de abandono de los tratamientos y al fracaso terapéutico.

El alcohol y sus metabolitos alteran la metabolización de otras drogas, así como el estado oxidativo de las células, llevando a la injuria orgánica. El alcohol influye negativamente sobre el curso de enfermedades



como la hepatitis C y B.

La epidemia por el virus de inmunodeficiencia humana fue reconocida en 1981. Esta infección creció rápidamente en ciertos grupos sociales minoritarios y en países del Tercer Mundo. En los últimos años el número de mujeres infectadas se ha incrementado, a punto tal que casi llega a equiparar al de los hombres.

Diferentes factores sociales contribuirían en esta interrelación VIH-alcoholismo, acelerando la evolución de la enfermedad. Se observa que los pacientes alcoholistas, testeados VIH positivos, tardan mucho más en realizar la consulta médica y en iniciar el tratamiento; además, la adherencia a los mismos es inferior. Los pacientes alcoholistas rechazan con mayor frecuencia la utilización de medidas preventivas de protección, como el condón. Si se analiza la frecuencia de estos desórdenes por edad, se observa que es más frecuente en jóvenes adultos que en mayores; es en esta etapa de la juventud donde el sujeto se ve más expuesto al consumo de alcohol, drogas y sexo sin protección, y en consecuencia la diseminación de la epidemia se ve favorecida.

En la actualidad, la segunda causa de muerte en la población VIH se debe a la insuficiencia hepática, por lo cual es mandatario optimizar el manejo de las hepatitis crónicas HBV y HCV en los VIH positivos, así como el abuso de alcohol. En esta población con compromiso de la función hepática es mandatario mantener niveles de CD4 > 350 y manejar con mucho cuidado la toxicidad por drogas.

El beneficio del tratamiento antirretroviral ha sido claramente demostrado en términos de sobrevida y disminución del riesgo de progresión de la enfermedad. Sin embargo, al momento de decidir el inicio del mismo debemos evaluar cada caso en forma individual, teniendo en cuenta las comorbilidades del paciente.

El paciente es estatificado o clasificado en sintomático o asintomático, de acuerdo a si presentó o no enfermedades oportunistas; y, por otro lado, se lo estadifica por el recuento de linfocitos CD4 y los niveles de carga viral.

La decisión de iniciar antirretrovirales en pacientes asintomáticos está siempre en permanente debate, pero la tendencia actual es ofrecer tratamiento más precozmente, para reducir el riesgo de progresión de la enfermedad y de la transmisión del virus.

Los esquemas de tratamiento que hoy se le ofrecen, nos aseguran una alta y sostenida supresión viral en un porcentaje considerable de los

pacientes tratados. Actualmente, el concepto de interrupción del tratamiento ha quedado descartado, dado que incrementa la mortalidad. De acuerdo con los lineamientos locales sobre el inicio de tratamiento se adjunta en la siguiente tabla un resumen de los datos consensuados por la Comisión de Sida.

Manifestaciones clínicas	Recuento de linfocitos CD4	Carga viral	Indicación de tratamiento
Sintomático	Cualquier valor	Cualquier valor	Sí, tener en cuenta comorbilidades.
Asintomático	<200	Cualquier valor	Sí, tener en cuenta comorbilidades.
Asintomático	200-350	Cualquier valor	Sí, tener en cuenta comorbilidades.
Asintomático	350-500	>100000 cps/ml y descenso >30% del recuento de CD4 (>100 CD4 por año)> edad y preexistencia de comorbilidades	Se considera de inicio.
Asintomático	>500	Cualquier valor	Diferir
Infección aguda	Cualquier valor	Cualquier valor	Sí
Embarazo	Cualquier valor	Cualquier valor	Sí

Definir el mejor esquema de inicio en un paciente resulta de la valoración de varios ítem. Siempre se ofrecerá un esquema compuesto por al menos dos familias de drogas.

**A.** Inhibidores de la proteasa (IP) + 2 inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (NRTI)

**B.** Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (NNRTI) + 2 inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (NRTI)

Existen otras variables, pero que son parte de las recomendaciones iniciales y que se adaptan a situaciones particulares definidas por el infectólogo tratante.

## Inicio de antirretrovirales en pacientes usuarios de drogas y alcohol

Es fundamental facilitar el abandono del consumo antes del inicio de

antirretrovirales. Las recomendaciones sobre el momento de cuándo empezar no deberían ser diferentes respecto de los parámetros biológicos sugeridos por las recomendaciones. El primer tratamiento es esencial en la evolución de la enfermedad, y su durabilidad en el tiempo marcará el pronóstico del paciente a largo plazo.

En la actualidad contamos con estrategias y drogas que pueden ayudar a los pacientes a abandonar el consumo. Tal es el caso de la naltrexona para los usuarios de alcohol y opiáceos, o bien de la metadona indicada para el tratamiento de la adicción a la heroína.

Es preciso tener en cuenta antes de iniciar los antirretrovirales que los pacientes deben estar en conocimiento:

- De las características del tratamiento actual de la enfermedad por VIH
- De la complejidad de las interacciones farmacológicas
- Del peligro de desarrollar resistencia si no logra adherir al programa
- De la frecuencia de las visitas y controles de laboratorio
- De la necesidad de pautas higiénicas para reducir la transmisión de la infección. Para esto es preciso estimular sobre la utilización de prácticas sexuales seguras (uso de preservativos, uso exclusivo de los objetos de aseo personal, etc.)
- De promover el abandono de otros hábitos tóxicos, como el tabaco, y drogas ilícitas, y alentar sobre hábitos saludables
- De promover el abandono del consumo de alcohol y ofrecerle los medios disponibles para lograrlo
- De descartar patologías oportunistas
- De acuerdo con la situación inmunológica se instaurarán las profilaxis para infecciones oportunistas
- De utilizar, dentro de lo posible, tratamientos simples supervisados en forma directa (DOT), que sólo requieran una sola toma diaria.

### **Cómo y con qué empezar el tratamiento**

Los pacientes usuarios de drogas y alcohol pueden recibir en principio los mismos antivirales y combinaciones que el resto de los pacientes, de acuerdo con lo consensuado. Los controles en estos pacientes deberán ser más estrictos y cuidadosos, sobre todo en aquellos coinfectados con hepatitis B o C.

### **Regímenes de una sola dosis diaria**

Los esquemas diseñados para una sola toma diaria mejoran la adherencia. Los fármacos aprobados para estos regímenes son: ddI, FTC,

3TC, TDF, EFV y ATV/r. Se está evaluando la posibilidad de utilizar la nevirapina en una única toma. Los esquemas posibles serían:

- EFV + (ddI/3TC)
- EFV + (ddI/FTC)
- EFV + (TDF/3TC)
- EFV + (ABV/3TC)
- ATV/r + (ddI/3TC)
- ATV/r + (ddI/FTC)
- ATV/r + (TDF/3TC)
- ATV/r + (ABV/3TC)

En pacientes que reciben metadona deberá tenerse en cuenta la interacción con EFV.

También deberá tenerse en cuenta que en pacientes coinfectados, las interacciones son aún mayores y las dosis plenas pueden ser mal toleradas. Esto se debe a la menor reserva hepática y, por lo tanto, a la alteración en la metabolización de las drogas y los altos niveles plasmáticos alcanzados con las dosis habituales. Sería de buena práctica un seguimiento con hepatogramas más estricto en esta población, y en el interrogatorio valorar los signos y síntomas de toxicidad secundaria a drogas.

Debemos recordar que en esta población se pueden superponer complicaciones de los antirretrovirales, así como de la propia enfermedad avanzada, más aún si existen problemas de adicciones. En particular los inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa reversa, como el efavirenz, pueden generar cuadros que confundan o exacerben cuadros neurológicos previos con los inhibidores de la proteasa; ciertos síntomas neurológicos se describen generalmente asociados al ritonavir.

Información sobre ciertas interacciones conocidas con psicofármacos:

#### **Antiepilépticos**

- Carbamazepina: se han publicado reportes de efectos adversos con la carbamazepina en el contexto de aumento de sus niveles plasmáticos cuando se administra con lopinavir/r, nelfinavir o efavirenz.
- Lamotrigina: en un estudio con 24 pacientes VIH positivos, se documentó una disminución de los niveles plasmáticos de lamotrigina cuando se combina con lopinavir/r, mientras que con otros inhibidores de la proteasa no se ven afectados sus niveles. En otro estudio donde se utilizó atazanavir 400 mg, se vieron afectados los niveles plasmáticos de ambas drogas, mientras que en pacientes donde el atazanavir se utilizó combinado con ritonavir, los niveles de lamotri-

gina disminuyeron hasta en un 32%.

- Oxcarbamazepina: administrada con efavirenz, no modifica los niveles de droga, de acuerdo con un reporte disponible donde se analizó esta interacción.

**Recomendaciones:** utilizar drogas con escasa o nula interacción en el CYP 450, como oxcarbamazepina, gabapentina, lamotrigina, topiramato, ácido valproico y levetiracetam; si no fuera posible, monitorear eficacia y toxicidad.

### **Antidepresivos**

En un estudio sobre dieciséis voluntarios sanos se observó disminución de los niveles plasmáticos de la paroxetina (39%) y de la sertralina (49%) cuando se la administró con duranavir/r. Resultados similares se observaron cuando se utilizó con fosamprenavir/r en un estudio con veintidós voluntarios. Los niveles de los inhibidores de la proteasa potenciados con ritonavir, no se vieron afectados. Cuando la paroxetina se usó con efavirenz o con etravirina, no mostró cambios significativos en los niveles plasmáticos.

**Recomendaciones:** con excepción de la fluoxetina, no existe impacto clínico significativo secundario a la interacción con el resto de los inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS). No se recomienda el uso de fluoxetina en dosis mayores de 20 mg/día, por el riesgo de síndrome serotoninérgico. Si debemos utilizar fluoxetina, se podría combinar con nevirapina. Se debe monitorear la eficacia de los ISRS cuando son administrados con inhibidores de la proteasa. La combinación EFV o etravirina con paroxetina no requiere ajuste de dosis. Hay que monitorear efectos adversos con los ARV si se asocian a antidepresivos tricíclicos.

**Benzodiazepinas:** la ansiedad y la depresión con frecuencia se asocian; las benzodiazepinas son el soporte principal para el tratamiento, pero deben evitarse dentro de lo posible en pacientes con antecedentes de alcoholismo o abuso de psicofármacos. Se puede manejar con seguridad pregabalina, gabapentina, hidroxicina y trazodona. De requerirse benzodiazepinas se prefiere lorazepam o clonazepam. En pacientes con hepatitis crónica se prefiere lorazepam, oxazepam y temazepam, debido al metabolismo oxidativo. La buspirona, ansiolítico no benzodiazepínico, también se utiliza en los trastornos de la ansiedad.

En pacientes con insomnio e historia de abuso de drogas se puede utilizar:

- Trazodona
- Mítarzapina

- Hidroxina
- Gabapentina o pregabalina
- Olanzapina
- Risperidona

Otras alternativas son lorazepam y zolpidem.

### **Otras drogas utilizadas en el abuso de alcohol y drogas**

**Naltrexona:** es un antagonista no selectivo de los receptores opioides, preferentemente se une a los receptores  $\mu$ , y la inhibición sobre los receptores kappa y delta es menor. Puede ser utilizada sin necesidad de corrección de la dosis en pacientes con compromiso de la función hepática leve a moderada. En pacientes con deterioro grave de la función hepática (Child-pugh C), esta droga puede ser utilizada en esta población dado que su metabolismo no afecta el complejo enzimático del CYP. Igualmente, se recomienda un cuidadoso monitoreo de las funciones hepáticas. Los eventos más frecuentemente reportados fueron mareos, náuseas, meteorismo, dolor abdominal y diarrea.

**Metadona:** es un opioide sintético, utilizado en los programas de desintoxicación y mantenimiento de los farmacodependientes de opiáceos, tales como la heroína. Para el tratamiento de desintoxicación de farmacodependientes a la heroína, se suministra normalmente metadona líquida, en una dosis diaria en torno de 12 ml. Presenta interacciones con gran parte de los antirretrovirales y requiere de un ajuste de dosis más individualizado, en especial con efvirenz, nevirapina, ritonavir, lopinavir, saquinavir, amprenavir, tipranavir, duranavir y abacavir.



## ESCALA DE ANHELO DE ALCOHOL (*CRAVING*)

---

### Anexo I

### ESCALA DE CONSUMO OBSESIVO-COMPULSIVO DE ALCOHOL

Antón, 1995; validada al español por Rubio Valladolid, G. y López Ruiz, M., 1999.

#### INSTRUCCIONES

Conteste las siguientes preguntas indicando la cantidad de alcohol que bebe y sus intentos para controlar la bebida. Marque con un círculo el número que corresponda a la contestación más apropiada a su caso.

**1. Cuando no está bebiendo, ¿cuánto tiempo tiene su mente ocupada con pensamientos, deseos o imágenes relacionadas con el alcohol?**

- Nada
- Menos de 1 hora diaria
- De 1 a 3 horas diarias
- De 4 a 8 horas diarias
- Más de 8 horas diarias

**2. ¿Con qué frecuencia tiene usted esos pensamientos?**

- Nunca
- No más de 8 veces al día
- Más de 8 veces al día, pero estoy libre de ellos la mayor parte del tiempo
- Más de 8 veces al día y durante la mayor parte del tiempo
- Los pensamientos son tan frecuentes que no se pueden contar y/o raramente pasa una hora sin que ocurran.

*Anote aquí la máxima puntuación de las preguntas 1 o 2.....*



**3. ¿Cuánto tiempo interfieren estos pensamientos, deseos o imágenes en sus actividades (o responsabilidades) sociales o laborales? Esta pregunta se refiere a si existe algo que usted no pueda llevar a cabo o deje de hacer por ellos (si en el momento actual no trabaja, indique cómo cree que se vería afectado su rendimiento si estuviese trabajando).**

Pensar en la bebida no interfiere nunca. Puedo desenvolverme perfectamente

Los pensamientos sobre la bebida interfieren ligeramente en mis actividades sociales o laborales, pero mi rendimiento no se ve perjudicado

Los pensamientos sobre la bebida interfieren claramente en mi desenvolvimiento social o laboral, aunque me puedo defender

Los pensamientos sobre la bebida causan importantes perjuicios en mi rendimiento ocupacional o social

Los pensamientos sobre la bebida interfieren totalmente en mi rendimiento laboral o social

**4. ¿Cuánta ansiedad o preocupación le causan a usted estos pensamientos, deseos o imágenes relacionadas con la bebida durante el tiempo en que no está bebiendo alcohol?**

Ninguna

Leve, infrecuente y no demasiado molesto

Moderada, frecuente y perturbadora, aunque el malestar es manejable

Intensa, muy frecuente y muy molesta

Malestar extremo, casi constante e incapacitante

**5. Durante el tiempo en que usted no bebe, ¿cuánto esfuerzo le cuesta resistirse o ignorar estos pensamientos, deseos o imágenes? (señale los esfuerzos que hace para resistirse a estos pensamientos, no si tiene éxito o fracaso en controlarlos).**

Mis pensamientos son tan escasos que no necesito enfrentarme a ellos. Si tengo pensamientos, siempre me enfrento a ellos

Trato de resistirme a ellos la mayor parte del tiempo

Hago algún esfuerzo para resistirme

Cedo a todos los pensamientos sin intentar controlarlos, pero lo hago con cierto rechazo

Cedo voluntaria y completamente a tales pensamientos

**6. Cuando usted no está bebiendo, ¿en qué medida tiene éxito al intentar parar o alejar tales pensamientos?**

Siempre consigo parar o alejar tales pensamientos

Normalmente soy capaz de parar o desviar tales pensamientos con algún esfuerzo y concentración

A veces soy capaz de parar o desviar tales pensamientos

Raramente consigo parar tales pensamientos y solamente puedo desviarlos con dificultad

Rara vez soy capaz de desviar tales pensamientos, incluso momentáneamente

**7. Cuando usted bebe alcohol, ¿cuántas copas toma durante ese día?**

Ninguna

Menos de una copa diaria

1-2 copas al día

3-7 copas al día

8 o más copas al día

**8. Cuando usted toma alcohol, ¿cuántos días a la semana bebe?**

Ninguno

No más de un día a la semana

2-3 días a la semana

4-5 días a la semana

6-7 días a la semana

*Anote aquí la máxima puntuación de las preguntas 7 u 8.....*

**9. ¿En qué medida el consumo de alcohol interfiere en su trabajo? Esta pregunta se refiere a si existe algo que usted no hace o no pueda hacer debido al consumo de alcohol (si en el momento actual no trabaja, ¿en qué medida cree se vería afectado su rendimiento si estuviese trabajando?**

Mi consumo de alcohol nunca interfiere. Puedo desenvolverme perfectamente

Mi consumo de alcohol interfiere ligeramente en mi trabajo, pero en conjunto mi rendimiento no se ve perjudicado

Mi consumo de alcohol interfiere claramente en mi trabajo, pero aún me puedo defender

La bebida produce graves perjuicios en mi trabajo

Los problemas de la bebida interfieren totalmente en la realización de mi trabajo

*Validación del cuestionario sobre los componentes obsesivo-compulsivos de bebida en alcohólicos*

**10. ¿En qué medida interfiere su consumo de alcohol en sus actividades sociales? Esta pregunta se refiere a si existe algo que usted**

**no hace o no puede hacer debido al consumo de alcohol.**

- La bebida nunca interfiere. Puedo desenvolverme perfectamente
- La bebida interfiere ligeramente en mis actividades sociales, pero en conjunto mi comportamiento no se ve perjudicado
- La bebida interfiere claramente en mis actividades sociales
- La bebida causa graves perjuicios en mis actividades sociales
- Los problemas de la bebida interfieren totalmente en mis actividades sociales

*Anote aquí la máxima puntuación de las preguntas 9 o 10.....*

**11. Si a usted se le impidiese beber cuando desea una copa, ¿en qué medida se encontraría nervioso o molesto?**

- No estaría nada nervioso o irritado
- Estaría ligeramente nervioso o irritado
- La inquietud o irritación aumentaría, pero podría controlarla
- Estaría muy nervioso o irritado
- Mi ansiedad o irritaciones serían incontrolables

**12. ¿Cuánto esfuerzo realiza para resistirse a beber alcohol? (solamente puntúe sus esfuerzos para resistirse, no su éxito o fracaso en controlar realmente la bebida).**

- Mi consumo de alcohol es tan escaso que no necesito resistirme
- Si bebo, estoy todo el tiempo resistiéndome a beber
- Trato de resistirme la mayoría del tiempo
- Hago algún esfuerzo para resistirme
- Cedo a casi todas las copas sin intentar controlarme, pero lo hago con cierto rechazo
- No hago ningún esfuerzo para resistirme a ninguna copa

**13. ¿Cómo es de fuerte su deseo para consumir bebidas alcohólicas?**

- No tengo ninguno
- Algún deseo de beber
- Fuerte deseo de beber
- Muy fuerte deseo de beber
- El deseo hacia la bebida es incontrolable e irresistible

**14. ¿Cómo es su control sobre el consumo de alcohol?**

- Tengo un control completo
- Normalmente soy capaz de controlar mi consumo
- Sólo puedo controlar el consumo con dificultad
- Tengo que beber y sólo puedo retrasar el consumo con dificultad
- Rara vez soy capaz de retrasar el consumo, incluso por poco tiempo

*Anote aquí la máxima puntuación de las preguntas 13 o 14.....*  
*Rubio Valladolid, G. y López Ruiz, M.*

## **Anexo II**

### **CONSENTIMIENTO DISULFIRAM**

He sido informado de los beneficios y riesgos de utilizar DISULFIRAM en mi tratamiento. He sido informado del riesgo de ingerir alcohol<sup>16</sup> simultáneamente con esta medicación, particularmente hipertensión arterial, infarto de miocardio y convulsiones, con riesgo vital potencial. Esta indicación se realiza para incrementar mi motivación de dejar el alcohol. Si tengo pensado beber, debo suspender la medicación y avisar al médico.

---

16 Alcohol presente en cualquier bebida, alimento o medicamento (vinagres, helados, postres, bombones, comidas que lleven alcohol evitarlas si no fueron cocinadas, exceso de perfume o desodorante, etc.)



## **INSTRUCTIVO NALTREXONA - COBERTURA DE MEDICAMENTOS**

---

### **PACIENTES CON PRESTACIÓN MÉDICA**

- LEY NACIONAL DE LUCHA CONTRA EL ALCOHOLISMO (N° 24788). Reglamentada en 2009, brinda el marco legal para la cobertura de la medicación específica para el tratamiento del consumo indebido de alcohol.

Las obras sociales y las entidades de medicina prepaga deberán cubrir todos los aspectos médicos, farmacológicos y/o psicológicos exigidos por los tratamientos de las patologías vinculadas con el consumo excesivo de alcohol, según lo determina la CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE 10) publicadas por la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).

Los medicamentos que se utilicen en los tratamientos farmacológicos y específicos del alcoholismo deberán estar aprobados por la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGÍA MÉDICA (ANMAT), dependiente del MINISTERIO DE SALUD.

- RESOLUCIÓN 310/2004 DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN.

La resolución 310/2004 cubre el 70% del costo de los medicamentos destinados a patologías crónicas prevalentes. Las patologías crónicas prevalentes, según se definen en los considerandos de la resolución 310/2004, son enfermedades de curso crónico y gran impacto sanitario como el alcoholismo, que requieren de modo permanente y/o recurrente del uso de fármacos.

En caso de que las obras sociales o entidades de medicina prepaga no cumplan con dichas obligaciones, el paciente podrá realizar un reclamo atento lo dispuesto por la leyes N° 24455 y N° 24788, decreto reglamentario N° 149/2009, resoluciones N° 310/2004 y N°

758/04 del Ministerio de Salud y normas concordantes, intimando se arbitren los medios necesarios para que dicha institución cubra los gastos emergentes del tratamiento de la patología alcohólica que padece.

## **PACIENTES SIN PRESTACIÓN MÉDICA**

En caso de pacientes sin cobertura social (situación en que la ANSES no informa aportes del individuo), se podrá gestionar un subsidio y/o entrega del medicamento prescripto en instituciones públicas, municipales y/o provinciales o por parte de organizaciones no gubernamentales (ONG), fundaciones, asociaciones civiles, etc., sin costo alguno.

Estos subsidios y/o entregas de medicamentos deben ser gestionados a través del servicio social de la institución solicitante, existiendo distintos formularios según sea el prestador nacional o provincial, como por ejemplo el Ministerio de Desarrollo Social, Dirección de Salud Mental de la provincia de Buenos Aires, etc.





Diseño gráfico e impresión: Arte y Letras S.A.  
Se terminó de imprimir  
en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires - República Argentina  
Abril de 2010.

## Coordinador

**Dr. Eduardo Kalina**

## Secretario

**Dr. Darío Gigena Parker**

## Autores

**Dr. Darío Gigena Parker**

Secretario Científico del Capítulo de Drogadependencia y Alcoholismo

**Dra. Claudia Ochoa**

Médica Infectóloga en el Hospital Central de San Isidro "Dr. Melchor Ángel Posse", coordinadora de VIH/sida en la Asociación Civil Nexo

**Dra. Débora Serebrisky**

Miembro de la Comisión Directiva Vicepresidente del capítulo de (APSA)

**Dr. Juan José Vilapriño**

Presidente del Capítulo de Drogadependencia y Alcoholismo (APSA)

**Dr. Eduardo Kalina**

Presidente Honorario del Capítulo de Psiquiatría Biológica de APSA, Prof. titular del posgrado en Adicciones de la Universidad del Salvador, máster en Adicciones

**Dra. Mónica Nápoli**

Miembro de la Comisión Directiva y coordinadora de la Subcomisión de Adicciones y Doping de la Asociación Toxicológica Argentina

## Consultor

**Dr. Gabriel Rubio (España)**

Profesor titular del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid, psiquiatra del Hospital Universitario 12 de Octubre - Madrid

Adhieren:



Colegio Latinoamericano de Neuropsicofarmacología



Asociación Argentina de Psiquiatras