

## CRÍTICA DE LIBROS/BOOK REVIEW

### **Evaluación de algunas estrategias en el tratamiento de la dependencia alcoholica**

Influencia de antagonistas opiáceos y acamprosato  
Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias  
n.º 35.

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias  
(AETS).

Instituto de Salud Carlos III — Ministerio de Sanidad  
y Consumo  
Madrid, Diciembre de 2002.

La dependencia alcohólica es una dependencia con multitud de síntomas, por tanto el abordaje de su tratamiento farmacológico puede responder a múltiples objetivos: tratamiento farmacológico del síndrome de abstinencia o de sus complicaciones (*delirium tremens*, convulsiones, etc.); tratamiento de la dependencia en sí con aversivos, ISRS, benzodiacepinas, etc.; tratamiento de la patología orgánica concomitante con complejos vitamínicos o fármacos específicos para la patología a tratar; tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica con antidepresivos, ansiolíticos, etc., y tratamiento de las disfunciones neuronales específicas que producen el *craving* o compulsión de beber con los antagonistas opiáceos o el acamprosato.

El libro analizado es un informe de un estudio de evaluación del tratamiento *anticraving* disponible: antagonistas opiáceos (naltrexona y nalmefeno) y acamprosato, realizado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III de Madrid.

El estudio que da lugar al libro tiene como objetivo determinar la eficacia relativa de los antagonistas opiáceos y del acamprosato para reducir o evitar la ingesta alcohólica en pacientes con el diagnóstico de dependencia alcohólica.

En dicho estudio los autores realizan una revisión sistemática de la literatura médica sobre el tema desde enero de 1995 hasta septiembre de 2002, realizando una búsqueda electrónica en las principales bases de datos médicas internacionales. Seleccionando ensayos clínicos con asignación aleatoria y estudios clínicos prospectivos controlados y publicados, que evalúen la eficacia y seguridad de uno o más antagonistas opiáceos y del acamprosato en el tratamiento de la dependencia alcohólica, comparando los resultados del tra-

tamiento con antagonistas opiáceos o con acamprosato, con los de placebo u otro tratamiento farmacológico administrado por vía oral.

En el texto se realiza un importante análisis de la calidad metodológica y de la evidencia científica de los distintos estudios evaluados.

En el libro se recoge exhaustivamente la forma en que se ha realizado la evaluación de los estudios definiendo varios capítulos: objetivo; métodos (criterios de inclusión, historial de búsqueda, selección de los estudios, análisis de la calidad metodológica y de la evidencia científica); resultados (para los estudios que evalúan la utilidad terapéutica de los antagonistas opiáceos —naltrexona y nalmefeno— y para los que evalúan la utilidad del acamprosato); discusión por separado para la naltrexona, el acamprosato y la naltrexona versus acamprosato; conclusiones generales y específicas tanto de los antagonistas opiáceos como del acamprosato y de la naltrexona frente al acamprosato. Todo el texto está completado con un amplio número de tablas y esquemas explicativos del trabajo llevado a cabo por los autores.

El libro finaliza con la bibliografía utilizada en su elaboración y los anexos que en forma de tablas muestran las características de los estudios evaluados (diseño, criterios de inclusión etc.), resultados y efectos adversos. En el anexo I se reflejan los estudios que valoran el tratamiento con naltrexona, en el anexo II los estudios que evalúan los tratamientos con acamprosato, y en el anexo III se explica la estrategia de búsqueda de los estudios analizados.

El libro puede ser interesante para todos los profesionales médicos que deseen utilizar los tratamientos *anticraving* actuales para su posible aplicación práctica; en este texto encontrarán los resultados de distintos estudios y la comparación entre todos ellos valorando la evidencia científica de los tratamientos *anticraving* sin estar influenciados por la parcialidad de la industria.

Sugeriría a los autores que en una próxima revisión intenten evitar el posible sesgo de publicación al que ellos mismos hacen referencia, incluyendo estudios con resultados negativos o no significativos, incluso aunque no hayan sido publicados. También sería interesante evaluar en grupos distintos los estudios en los que se utiliza naltrexona o acamprosato como único

tratamiento farmacológico, de los estudios en los que además de un *anticraving* se utilicen otros tratamientos farmacológicos (p. ej., disulfiram).

**M.<sup>a</sup> Trinidad Gómez Talegón**

*Médico de Alcohólicos Rehabilitados de Valladolid  
(A.R-VA)*

*Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas  
Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid  
Valladolid. España  
E:mail: trinig@med.uva.es*

**National Clinical Guidelines and Procedures for the use of Buprenorphine in the Treatment of Heroin Dependence. National Drug Strategy.**

Lintzeris N, Clark N, Muhleisen P, Ritter A, Ali R, Bell J, Gowing L, Hawkin L, Henry Edwards S, Mattick RP, Monheit B, Newton I, Quigley A, Whicker S, White J

Elizabeth Vorrath, editora médica.

Commonwealth of Australia, Australia, 2001.

ISBN 0 642 73573 5

La buprenorfina es un agonista parcial de los receptores opiodes (. De escaso uso en España, aprobada únicamente para el tratamiento del dolor, en el 2001 se produce en Australia su aprobación para el manejo de la dependencia de opiáceos, tanto en el tratamiento de mantenimiento como en la desintoxicación. En este contexto y dentro de la Estrategia Nacional para las Adicciones se publica la Guía Clínica y Procedimientos para el uso de la Buprenorfina en el Tratamiento de la Dependencia de Heroína, fruto del consenso entre clínicos e investigadores de aquel país.

La guía consta de seis secciones: dos de ellas dedicadas a aspectos teóricos (secciones 1 y 5) donde se describen el perfil farmacológico y las complicaciones o efectos adversos respectivamente; tres a temas prácticos (2-4) donde se comenta su uso tanto en el mantenimiento como en el tratamiento de la desintoxicación, y la última dedicada a la forma de prescripción y dispensación.

Desde el punto de vista farmacológico, la buprenorfina ofrece alguna ventaja sobre metadona (el opiáceo más usado en nuestro país en los tratamientos de mantenimiento), como la prolongada duración de su efecto farmacológico que permitiría, según los pacientes, su dispensación días alternos e incluso tres veces por semana en los programas de mantenimiento. Además sus propiedades como agonista parcial hacen que su retirada produzca un síndrome de abstinencia más

leve que con otros opiáceos. En el lado negativo, encontramos que dada su alta afinidad por receptores, su efecto es difícilmente reversible con antagonistas en caso de desintoxicación, si bien ésta se supone poco frecuente dado que la buprenorfina tiene un efecto meseta, que se traduce en que dosis altas no suponen efecto mayor que dosis menores. En cuanto a su perfil de efectos adversos y complicaciones no difiere del de otros opiáceos, en general leves y bien tolerados con menos riesgo de intoxicación letal por el efecto meseta y menos capacidad sedativa, lo que es una importante ventaja en los tratamientos de mantenimiento.

Las secciones de mayor interés práctico son las que describen su uso clínico. En principio las indicaciones y contraindicaciones son válidas para cualquier tratamiento con agonistas e incluyen la capacidad para dar el consentimiento informado.

En su uso como tratamiento de mantenimiento se trata de una alternativa útil al tratamiento con metadona, que produce menos sedación, permite una pauta de días alternos o tres veces por semana y, si se produce su retirada, con menos síntomas de abstinencia (aunque con tasas de recaídas similares durante este proceso). Se describe con detalle y claridad la forma de inducción del tratamiento (entre 2 y 8 mg/día según el grado de dependencia), así como el tratamiento de mantenimiento (cuyo rango de dosis se sitúa entre 12 y 24 mg, con una dosis máxima recomendada de 32 mg/día). Aunque por sus características pudiera plantearse como una buena alternativa para un paciente en plan de mantenimiento con metadona que por circunstancias tuviera que ser retirado del mismo, se encuentran dificultades en la transferencia del paciente al tratamiento con buprenorfina si la dosis de metadona es alta. Esto es debido a la diferente afinidad por receptores entre ambos, prefiriéndose dosis inferiores a 40 e incluso 30 mg/día de metadona antes de cambiar el tratamiento a buprenorfina y desaconsejándose si la dosis es superior a los 60 mg. A la inversa (cambiar de buprenorfina a metadona) no plantea especiales problemas.

También se describe su eficacia en el tratamiento del síndrome de abstinencia de heroína tanto en régimen ambulatorio como cerrado, con un protocolo de desintoxicación en este último caso de siete días, más corto del usado habitualmente con metadona y más eficaz que los tratamientos sintomáticos.

La sexta sección describe la forma de prescripción y los protocolos de administración, donde hay que tener precauciones similares a las adoptadas en la dispensación de cualquier opiáceo.

Aunque como hemos dicho la guía trata con claridad y aporta mucha información práctica y útil sobre

el manejo clínico y posibilidades de la buprenorfina, se echa de menos alguna información tanto propia como de otros lugares, sobre resultados con relación a tasas de retención en el programa, recaídas y, sobre todo, comparación con otros programas de mantenimiento con metadona, LAAM, etc.

También conviene resaltar las continuas alusiones a lo largo de la guía de intentar complementar el tratamiento farmacológico con el psicosocial, imprescindible en nuestra opinión para un abordaje integral y eficaz del drogodependiente independientemente del régimen elegido y considerando siempre tanto las necesidades como las preferencias del enfermo.

En resumen, se trata de un guía eminentemente práctica que nos permite conocer otra opción farmacológica, poco extendida en España, con la que incrementar nuestras alternativas terapéuticas en el difícil mundo del tratamiento de las adicciones.

**Ana González Rodríguez e Ignacio García Cabeza**

*Unidad de Desintoxicación.*

*Hospital Psiquiátrico de Madrid. Madrid. España*

*E-mail: agr@amaseg.com*

### **Guía de prescripción farmacológica y seguridad vial**

#### **Guía para la selección y prescripción de medicamentos al paciente conductor**

Carmen del Río Gracia MC, Álvarez González FJ y González Luque JC

Segunda edición, revisada y actualizada.

Dirección General de Tráfico, Ministerio del Interior.  
Universidad de Valladolid. 2002.

La encuesta de hábitos de salud realizada en 1999 en 8.043 conductores que acudieron a 25 centros de reconocimiento de conductores revela que un 24,62%<sup>1</sup> estaba consumiendo algún medicamento de manera crónica y por término medio dos medicamentos. El consumo de determinados fármacos puede incrementar el riesgo de sufrir un accidente de tráfico, en el 70% de los casos los pacientes no son advertidos en este sentido por los médicos prescriptores.

La Dirección General de Tráfico, en colaboración con la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid, presenta este libro dirigido a la concienciación y formación del personal sanitario en materia de prevención de lesiones por accidente de tráfico, parcela de la salud pública escasamente cultivada y prácticamente ignorada en los planes de formación.

El éxito de la primera edición ha animado a los autores a realizar esta segunda edición de la *Guía de prescripción farmacológica y seguridad vial* que pone al alcance de médicos y farmacéuticos una información clara y precisa sobre el efecto de los principales grupos terapéuticos que afectan a la capacidad de conducir.

El texto comienza realizando un análisis general de la influencia de los medicamentos en la capacidad de conducir, teniendo en cuenta que la conducción forma parte de la actividad diaria de muchos sujetos y que, como revela la encuesta de hábitos de salud, el consumo de fármacos supone un alto porcentaje en la población conductora. Este primer capítulo analiza las bases generales de la interacción fármacos/conducción de vehículos.

En el segundo capítulo se establecen los principios básicos para la prevención de accidentes de tráfico producidos por medicamentos: una adecuada prescripción, acompañada de una buena información al paciente y sus familiares sobre el fármaco prescrito, unida a campañas sensibilizadoras del público en general.

Es indiscutible la utilidad del tercer capítulo en el que se expone la clasificación en tres categorías (I, II, III) de los principios activos de los principales grupos terapéuticos en función de su menor o mayor susceptibilidad de producir efectos sobre la capacidad de conducir.

En un último apartado se hace un breve resumen de la normativa española relativa al consumo de medicamentos, alcohol y conducción de vehículos. Igualmente, se exponen los criterios de aptitud psicofísica exigidos para obtener o prorrogar el permiso o licencia de conducción en relación con el consumo de sustancias.

Se completa el libro con tres anexos y una bibliografía de indudable interés para aquellos profesionales sanitarios que deseen acercarse al tema de la prevención de lesiones por accidente de tráfico. En el anexo 2 figuran los principales grupos de fármacos y su interacción con el alcohol y en el anexo 3 se reproduce el apartado 11 (trastornos relacionados con sustancias) del anexo IV del Reglamento General de Conductores, R.D. 772/97 de 30 de mayo, que regula las aptitudes psicofísicas para obtener o prorrogar el permiso o licencia de conducción en relación con el consumo de sustancias.

En resumen, esta publicación aporta al médico y farmacéutico los conocimientos básicos para prescribir de forma racional los medicamentos a sus pacientes conductores, dando pautas claras para el consejo médico e incidiendo especialmente en la interacción fármacos/alcohol.

No obstante quedan muchos aspectos de este campo en los que profundizar en relación con la evaluación del efecto de las drogas en la conducción, su evaluación experimental y la extrapolación de los modelos a la vida real, el consumo asociado de varias sustancias, la información que ofrece al personal sanitario la ficha técnica, los diferentes enfoques en la regulación de la conducción de vehículos bajo la influencia de ciertas sustancias, etc.

Las personas que trabajan en el campo de la farmacología (experimental, clínica, farmacia, fármaco-epidemiología y resto), con sus diferentes visiones, necesitan unir fuerzas para tratar el tema de drogas y conducción de forma más científica. Se debe hacer un

mayor esfuerzo para reducir tanto como sea posible los accidentes de tráfico causados por los efectos de la medicación<sup>2</sup>.

**Dra. Elena Valdés Rodríguez**

*Asesora Médica*

*Dirección General de Tráfico*

*Madrid. España*

*E-mail: evaldes@dgt.es*

1. Dirección General de Tráfico. Encuesta de hábitos de salud en conductores españoles. Madrid: Dirección General de Tráfico, 2001.
2. Álvarez FJ, Del Río MC. Medicinal drugs and driving: from research to clinical practice. Trends Pharmacol Sci 2002;23:441-3.

**I CONGRESO IBEROAMERICANO DE TRASTORNOS ADICTIVOS Y  
IX CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE TOXICOMANÍAS**

Santiago de Compostela (Galicia) - España  
26-28 de febrero de 2004

INFORMACIÓN: <http://www.iberamerica-adicciones.org>

Plazo presentación de comunicaciones hasta 15 de diciembre de 2003.