



# Boletín Atención Farmacéutica Comunitaria

## Alcoholismo y su tratamiento

### Alcoholismo y su tratamiento. Dr. Antonio Iñesta.

Cuando un individuo no es capaz de restringir o suspender definitivamente el consumo de alcohol, pese a conocer que existen repercusiones en su salud, en la convivencia familiar o en el ámbito social o laboral, se puede decir que es un alcohólico.

Esta enfermedad se asocia a cuatro síntomas:

- Deseo de beber: una necesidad fuerte, u obligación, de beber.
- Pérdida de control: la incapacidad de limitar lo que uno bebe en cualquier ocasión.
- Dependencia física: síntomas de supresión, tales como náusea, sudor, temblor, y ansiedad, cuando se prescinde del consumo de alcohol después de un período de beber mucho.
- Tolerancia: la necesidad de aumentar las cantidades de alcohol para sentir sus efectos.

Para que se produzca el alcoholismo es necesario que el consumo diario sea en cantidades excesivas. Ahora se acepta que el alcoholismo está presente cuando hay una ingesta superior a 12 bebidas estándar (una bebida estándar sería 200 ml de cerveza o 100 ml de vino) por día y la persona está bebiendo todos los días.

La gente que no es alcohólica no entiende a veces por qué un alcohólico no puede utilizar su fuerza de voluntad para dejar de beber. Sin embargo, el alcoholismo tiene poco que ver con la fuerza de voluntad. Los alcohólicos están en las garras de un poderoso deseo o de la necesidad incontrolable de alcohol, que elimina su capacidad de parar de beber. Esta necesidad puede ser tan fuerte como la necesidad de alimentos o agua. Aunque algunas personas pueden recuperarse del alcoholismo sin ayuda, la mayoría de alcohólicos necesita ayuda. Con tratamiento y ayuda, muchos individuos pueden parar de beber y reconstruir sus vidas.

Muchos programas para tratamiento del alcoholismo incluyen reuniones de Alcohólicos Anónimos (AA). Los AA se describen a sí mismos como «una comunidad extendida por todo el mundo, cuyos hombres y mujeres se ayudan unos a otros a mantener su sobriedad». Aunque AA es reconocida como un programa de ayuda mutua efectivo para recuperar alcohólicos, no todos responden al estilo de AA o a sus mensajes. Existen otras aproximaciones de recuperación. Incluso personas que son ayudadas usualmente por AA consideran que AA funciona mejor en combinación con otras formas de tratamiento, incluyendo consejo y atención médica.

Para pacientes que son dependientes del alcohol, hay disponibles numerosas opciones de tratamiento hospitalario y ambulatorio. En los últimos años, los costes sanita-

rios crecientes han propiciado un cambio del tratamiento (de hospitalario a ambulatorio) para la mayoría de los pacientes, aunque la asistencia hospitalaria sigue siendo más apropiada para pacientes con graves condiciones médicas o psiquiátricas concurrentes o que tienen entornos sociales que no son de ayuda en la recuperación.

Para el tratamiento farmacológico de la supresión aguda del alcohol, las benzodiazepinas han sido durante mucho tiempo los medicamentos más ampliamente utilizados. Se ha demostrado consistentemente que mitigan muchos síntomas de la supresión. Los estudios recientes se han centrado en estrategias de dosificación de benzodiazepinas. Las ventajas de las benzodiazepinas estriban en su efecto anticonvulsivo, pero tienen efectos adversos que incluyen deterioro de la memoria, somnolencia, letargo y problemas cognoscitivos.

El tratamiento, bien hospitalario o ambulatorio, puede incluir aproximaciones psicológicas, medicamentos o la combinación de los dos. El progreso de la investigación en años recientes ha conducido a un número de resultados importantes, incluyendo los siguientes:

1. Asociar amplias categorías de características del paciente a diferentes tipos de tratamientos no mejora sustancialmente los resultados totales del tratamiento. Se basa en que los investigadores han creado hipótesis según las cuales, si se podía identificar características importantes de los pacientes y los tratamientos que mejor funcionan con ellos, las personas en cuestión podrían ser emparejadas con el tratamiento que más les beneficiase.

2. Los tratamientos profesionales basados en las aproximaciones de 12 pasos (de AA) pueden ser tan eficaces como otras aproximaciones psicológicas y pueden alcanzar realmente más abstinencia sostenida. Niveles más altos de asistencia a AA durante y después del tratamiento profesional se asocian consistentemente a resultados mejores, pero la afiliación a AA sin el tratamiento profesional no ha dado lugar a mejora de forma rutinaria. Así, en todas las medidas estudiadas, los pacientes sometidos al programa de 12 pasos alcanzaban resultados por lo menos tan destacables y duraderos como los pacientes sometidos a otras terapias, y en relación con algunas medidas, los pacientes del programa de 12 pasos alcanzaron resultados mejores.

3. Los servicios auxiliares de apoyo pueden ser eficaces a la hora de remediar problemas comunes que concurren con el alcoholismo. Típicamente, los pacientes que se incorporan al tratamiento llegan con otros problemas además de alcoholismo, como son abuso de otras drogas, trastornos mentales (particularmente depresión), desempleo, violencia doméstica y problemas legales. Dos con-

secuencias derivan de esta mezcla de alcoholismo y problemas relacionados. Primero, las medidas de éxito del tratamiento se deben referir a un número amplio de resultados donde se busca la mejora. En segundo lugar, el tratamiento para el alcoholismo por sí mismo puede tener una mayor posibilidad de éxito si los otros problemas están siendo tratados con éxito por servicios apropiados.

4. El tratamiento de alta intensidad del paciente ambulatorio puede ayudarle a ganar control sobre la bebida más rápidamente. Con la asistencia gestionada se está presionando para reducir costes de tratamiento y eliminar servicios innecesarios. Esto hace más urgente la tarea de determinar lo que debe ser la intensidad óptima (o la duración y la cantidad) de servicios de tratamiento para el alcoholismo. La investigación inicial había observado que había pocas diferencias en resultados a largo plazo entre tratamiento del alcoholismo de forma hospitalizada y ambulatoria. Pocos estudios han comparado la eficacia relativa de formas de tratamiento más intensivas del paciente ambulatorio frente a menos intensivas. Los resultados sugieren que mientras que la intensidad puede no predecir resultados a largo plazo, sí puede afectar a la velocidad a la cual un individuo alcanza un cierto control sobre el consumo de alcohol durante el tratamiento.

Aunque las terapias psicológicas pueden ayudar a muchas personas dependientes del alcohol a reducir el consumo y a mantener la abstinencia, estas aproximaciones solas no son eficaces para todos los pacientes. Los avances en neurociencias han ayudado a identificar muchos de los mecanismos subyacentes a la adicción, facilitando el camino para opciones mejores de tratamiento con el uso de medicamentos.

Los medicamentos más conocidos son los fármacos denominados interdictores que bloquean la enzima aldehído deshidrogenasa, provocando, en el caso de que el paciente consuma alcohol, una reacción tóxica caracterizada por rubefacción, taquicardia, náuseas, cefalea e intensa sensación de malestar. Existe la posibilidad de sufrir una hipotensión grave en algunos casos. Los dos fármacos más utilizados de este grupo son el disulfiramio y la cianamida cálcica. No se deben administrar hasta haber transcurrido 24 horas desde la última ingesta de alcohol. El paciente debe estar motivado para recibir este tratamiento, así como advertido del riesgo. La administración de interdictores está contraindicada en caso de epilepsia, cardiopatía o neumopatías graves.

Hasta la fecha, los dos medicamentos más prometedores son naltrexona y acamprosato. Dos importantes ensayos clínicos de naltrexona (Volpicelli et al., 1992 and O'Malley et al., 1992) demostraron la eficacia de naltrexona en pacientes dependientes del alcohol y contribuyeron significativamente a la aprobación de la naltrexona.

Aunque la naltrexona no es una bala mágica para el tratamiento del alcoholismo, parece tener un efecto moderado sobre la reducción del consumo de alcohol, particularmente disminuyendo las recaídas en grandes bebedores. A pesar de la evidencia de su eficacia, el uso de naltrexona no es extenso. Su utilización se fundamenta en el papel desempeñado por los opiáceos endógenos en el refuerzo del consumo de alcohol (tratan de disminuir el deseo de consumir).

También se utiliza con el mismo objetivo el acamprosato, un antagonista que parece reducir la intensidad del deseo de beber después de cesar de beber, particularmente cuando el paciente está expuesto a situaciones asociadas con uso previo de alcohol, en las que el riesgo de recaída es mayor. Ensayos clínicos a gran escala apoyan la efectividad del acamprosato en tratar el alcoholismo. Un análisis de datos reunidos a partir de una serie de ensayos aleatorizados, doble ciego, controlados con placebo, en varios centros de toda Europa, que comprendieron a más de 3.000 alcohólicos, indicaba que, tratados con acamprosato, permanecían abstinentes de alcohol hasta un año después del tratamiento el doble de los pacientes, en comparación con los que sólo habían recibido placebo. El acamprosato ha sido ampliamente estudiado en Europa y está aprobado para tratamiento del alcoholismo en más de 37 países.

También se usan antidepresivos como los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS). Algunos estudios han demostrado la eficacia del litio en el control del consumo, probablemente por su influencia sobre la estabilización del estado de ánimo.

Ya que todos los medicamentos anteriores actúan sobre la reducción o la prevención del consumo de alcohol con efectos de leves a medios, sigue habiendo una alta prioridad en desarrollar y evaluar nuevos y más potentes medicamentos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Mark TL, Kranzler HR, Poole VH, Hagen CA, McLeod C, Crosse S. Barriers to the use of medications to treat alcoholism. *Am J Addict* 2003;12(4):281-94.
- COMBINE Study Research Group. Testing combined pharmacotherapies and behavioral interventions in alcohol dependence: rationale and methods. *Alcohol Clin Exp Res* 2003; 27(7):1107-22.
- COMBINE Study Research Group. Testing combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence (the COMBINE study): a pilot feasibility study. *Alcohol Clin Exp Res* 2003;27(7):1123-31.
- Sitio web de Alcohólicos Anónimos: <http://www.alcoholicos-anonimos.org>; <http://www.aa.org/>

**BOLETÍN ATENCIÓN FARMACÉUTICA COMUNITARIA** es una publicación derivada de una línea de investigación dirigida por Dr. Antonio Iñesta de la ENS-ISCIIII, destinada a los farmacéuticos que han seguido cursos de formación continuada en Atención Farmacéutica, para apoyar sus actividades y ponerles al día sobre aspectos útiles en su actividad. Este Boletín es una copia adaptada del que se publica en la web <http://www.isciii.es/ens-atenfar/>

**Director:** Dr. Antonio Iñesta. Escuela Nacional de Sanidad. Sinesio Delgado, 8. 28029 Madrid. Correo electrónico: [ainesta@isciii.es](mailto:ainesta@isciii.es).

**Consejo de redacción:** Prof. M.<sup>a</sup> José Faus, Universidad de Granada, España. Prof. Q.F. Catalina Domecq, Santiago, Chile. Prof. Fela Viso, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México. Q.F. María Isabel Suiffet, Montevideo, Uruguay. Q.F. Denise Funchal, Sao Paulo, Brasil. Dra. Ana Domínguez, Escuela Nacional de Sanidad. Dra. M.<sup>a</sup> Ángeles de Marino, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Dra. Ana Plaza, Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid. Farmacéuticos comunitarios: Flor Álvarez de Toledo, Oviedo. José I. Centenera, Guadalajara. Carmen Granados, Jaén. Ana Isabel López-Casero, Campo de Criptana (Ciudad Real). Julio Andrés, Valdepeñas (Ciudad Real). Fernando Peña, Sevilla. Nuria Rodrigo, Guadalajara. Concha Vicedo, Cullera (Valencia).