

CASO CLÍNICO 5

Farmacología de la desintoxicación y la deshabituación

Bartolomé Pérez Gálvez

SOCIDROGALCOHOL
Sociedad Científica Española
de Estudios sobre el Alcohol,
el Alcoholismo y los otros Tóxicos



Lundbeck



Motivo de consulta

- Varón de 49 años, que acude a su Médico de Atención Primaria (MAP) por presentar molestias digestivas de un par meses de evolución, que refiere como leve sensación de ardor y de plenitud.
- Refiere igualmente sentirse algo más cansado que lo habitual y con bajo estado de ánimo.



Entre el 12% y 25% de las personas atendidas en Atención Primaria, por cualquier problema de salud, son bebedores de riesgo. Su detección es importante en este nivel asistencial, debiéndose valorar en toda patología en la que el alcohol puede ser un factor etiológico previsible.

El paciente presenta una demanda de atención relativamente inespecífica (molestias digestivas) pero que aparecen conjuntamente con otras de tipo físico (cansancio) y psíquico (bajo estado de ánimo).

El consumo problemático de alcohol se asocia a los tres problemas de salud que refiere el paciente, incrementando la probabilidad de ser el factor etiológico principal.

Antecedentes personales y familiares

Antecedentes personales

- No RAM. No constan antecedentes personales de interés clínico.

Antecedentes familiares

- Sin interés. No constan antecedentes familiares físicos ni psiquiátricos de interés, incluyendo la ausencia de consumo problemático de alcohol.



Junto con otros datos que se comentarán posteriormente, la ausencia de antecedentes familiares de alcoholismo (FH-) apunta hacia un “Tipo I” de Babor o “Tipo A” de Cloninger, tipos casi equivalentes de alcoholismos, clásicos en sujetos de inicio tardío (ver más adelante), con menor problemática asociada y sin antecedentes familiares. Algunos estudios apuntan hacia la utilidad de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en este tipo de pacientes. Posteriormente discutiremos esta opción terapéutica. Por el momento, recuérdese la importancia de obtener este dato de ausencia/presencia de antecedentes familiares de alcoholismo.

Anamnesis (I)

- Buen estado general, sin otra sintomatología física relevante. En la esfera psicológica, el paciente se encuentra algo más nervioso en los últimos meses, atribuyéndolo al estrés laboral y la posibilidad de perder el carnet de conducir, necesario para su trabajo (dos controles de alcoholemia positivos). Insomnio de conciliación, en el contexto de múltiples preocupaciones que “le quitan el sueño”.
- Reconoce haber sido siempre bastante preocupativo e impulsivo. No se advierten síntomas de tipo obsesivo-compulsivo de relevancia clínica, ni se evidencian criterios diagnósticos para un trastorno afectivo. No otra sintomatología psiquiátrica de interés.
- Trabaja como delegado comercial. En los dos últimos meses ha tenido que anular varias reuniones de trabajo por encontrarse “indispuesto”, según relata el paciente.



Adviértase la existencia de algunos **problemas asociados al consumo de alcohol** que, posiblemente, pasen desapercibidos habitualmente pero tienen interés diagnóstico según criterios DSM-5, como los dos episodios de conducción bajo los efectos del alcohol (“*Criterio 8: Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico*”).

La anulación de reuniones de trabajo, por encontrarse “indispuesto” (término literal utilizado por el paciente) orienta hacia la posible afectación del consumo de alcohol en las obligaciones laborales del paciente, aunque éste no lo reconozca explícitamente (“*Criterio 5: Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar*”).

Finalmente, destacamos el carácter ansioso del paciente que se asocia al insomnio de conciliación (preocupaciones que le quitan el sueño) y que posteriormente asociaremos a los motivos de consumo: estos datos (ansiedad e insomnio) tienen trascendencia tanto para definir factores de riesgo de recaída como para instaurar tratamientos farmacológicos específicos.

Anamnesis (II)

- Inicio de consumo de alcohol a los 17 años, con frecuencia diaria y cantidad similar a la actual desde los 41 años.
- Consumo de alcohol durante 5-6 días/semana, que inicia con 2-3 cervezas a lo largo de la mañana (en reuniones de trabajo; nunca antes de las 11 a.m.), 2-3 copas de vino en comida, 1 whisky por la tarde/noche (cuando regresa a casa, para relajarse), y un vaso de vino en la cena. Mantiene la capacidad de abstinencia pero reconoce pérdida de control ocasional, generalmente en contexto de actos sociales o de ocio.
- Fumador de 1 paquete/día. No otros tóxicos en la actualidad: de joven, ocasionalmente cannabis. Café en el desayuno y después de comer.



El consumo diario estimado se sitúa en 7-9 UBE/día (70-90 g de alcohol/día).

Nuevo criterio diagnóstico DSM-5 detectado: *“Criterio 1: Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto”*. Este criterio es lo que entendemos por “Pérdida de control”.

A su vez, con el término “Capacidad de abstinencia” queremos hacer referencia al hecho de que el paciente pueda no consumir en un día (o días) concreto/s, no precisando mantener el consumo de forma diaria. Mantener la capacidad de abstinencia orienta a la ausencia de un síndrome de abstinencia física, pero no por ello excluye la presencia de un Trastorno por Consumo de Alcohol (“alcoholismo”).

Anamnesis (III)

- Planteada la posibilidad de que su consumo de alcohol pudiera estar afectando a su estado de salud, considera que no es muy distinto al que siempre ha mantenido, exceptuando la tendencia actual a tomar un whisky al llegar a casa. Atribuye este aumento a la tensión diaria por motivos laborales.
- Por otra parte, asegura que el consumo de alcohol no le ha generado problemas en sus relaciones interpersonales. Por el contrario, cree que es un “buen instrumento” para encontrarse más comunicativo y activo en el trabajo, así como para relajarse. No percibe que, hasta el momento, le haya generado ningún problema en el ámbito físico, psicológico o social.



El paciente evidencia encontrarse en un estadio o **fase “precontemplativa”**, caracterizada por la ausencia de percepción de problema y, en consecuencia, de la necesidad de buscar una solución. Cualquier intento del médico por forzar la situación, sin el adecuado manejo de una estrategia motivacional, conllevará a la aparición de resistencias y el riesgo de perder el contacto con el paciente, o de no poder establecer una adecuada alianza terapéutica con éste.

Exploración

- El paciente no presenta sintomatología física compatible con abstinencia por consumo de alcohol.
- Aunque en este caso no ha sido preciso recurrir a una valoración exhaustiva de la sintomatología de abstinencia, en el caso de detectarse es aconsejable utilizar un instrumento específico como el CIWA-Ar.



La intensidad de la sintomatología de abstinencia física es un dato importante, a la hora de valorar:

1)El objetivo de tratamiento: abstinencia o reducción del consumo. En caso de existir sintomatología física de abstinencia, están contraindicadas la estrategias de reducción del consumo de alcohol, quedando como única opción válida la abstinencia completa. No obstante, hasta que el paciente se encuentre suficientemente motivado (fase o estadio de acción), cabe establecer objetivos intermedios de reducción o mantenimiento.

2)La pauta de prescripción farmacológica, en el caso de precisar una desintoxicación. Existe un instrumento que permite guiarnos objetivamente en la valoración de la sintomatología física de abstinencia: el CIWA-Ar, que incluye la evaluación de diez síntomas. Dependiendo de la puntuación obtenida estableceremos una pauta de actuación:

- CIWA-Ar <10: Síndrome de abstinencia al alcohol (SAA) leve. No suele precisar tratamiento farmacológico para su desintoxicación, más allá de en situaciones puntuales y como soporte ocasional.
- CIWA-Ar >10 y <20: SAA moderado, siendo factible el tratamiento de desintoxicación ambulatorio mediante pauta descendente de benzodiazepinas (diazepam, lorazepam), tiapride o clometiazol.
- CIWA-Ar >20: SAA grave, en el que la desintoxicación debe realizarse en el contexto hospitalario.

Exploraciones complementarias

- El paciente aporta una analítica de sangre realizada hace dos semanas por el servicio médico de su empresa, correspondiente a la revisión anual:
 - Hematíes: $3,5 \times 10^6/\mu\text{l}$ (4,0-5,9).
 - VCM: 102,6 fl (80-100).
 - Hemoglobina: 12,4 g/dl (13,5-17,2).
 - Hematocrito: 35,9% (40-51).
 - Col. total: 247 mg/dl (100-200).
 - HDL-Col: 45 mg/dl (35-55).
 - LDL-Col: 156 mg/dl (0-155).
 - Triglicéridos: 229 mg/dl (0-200).
 - AST: 48 U/l (0-40).
 - ALT: 29 U/l (0-41).
 - GGT: 125 U/l (0-60).
 - Ácido úrico: 8.



El paciente presenta distintos datos analíticos sugestivos de un consumo problemático de alcohol: macrocitosis (con/sin anemia), hiperuricemia, hipercolesterolemia / hipertrigliceridemia, $\text{AST} > \text{ALT}$, elevación de la GGT.

La combinación VCM + GGT (Sensibilidad: 92%; Especificidad: 97%) ofrece la mejor eficiencia (ratio coste/eficacia).

Diagnóstico y plan de tratamiento

- El paciente fue diagnosticado de dispepsia e hipertransaminasemia a estudio.
- Ante la presencia de posibles factores etiológicos como la ansiedad adaptativa y el consumo de alcohol, se aconseja que disminuya el uso de bebidas alcohólicas y que inicie alguna actividad que le permita distraerse y rebajar la tensión nerviosa.
- Se prescribe el siguiente tratamiento, programando revisión en 45 días:
 - Omeprazol, 20 mg/24 h.
 - Sertralina, 200 mg./24 h.
 - Trazodona, 50-100 mg antes de dormir, según respuesta.
 - Diazepam 5 mg: 1 comprimido si ansiedad.



A la vista de los dos diagnósticos establecidos y de su posible asociación con el consumo de alcohol, se ofrece consejo médico –dirigido a la reducción del consumo- al tiempo que se prescribe, junto al tratamiento sintomático de la dispepsia (Omeprazol):

- Sertralina: sobre la base del carácter ansioso del paciente, el aumento de tensión nerviosa de los últimos meses, y la existencia de evidencias que apuntan a cierta eficacia de los ISRS (podríamos haber prescrito otro, como citalopram, escitalopram o paroxetina) en la reducción del consumo de alcohol en alcohólicos Tipo I/Tipo A, como es el caso que nos ocupa.
- Trazodona: como hipnótico, evitando el consumo de benzodiacepinas de vida media corta, dado su potencial adictivo.
- Diazepam: en caso de necesidad ante situaciones de mayor ansiedad. Su capacidad adictiva es muy inferior, al tratarse de una benzodiacepina de vida media-larga.

PREGUNTA 1

¿Cuál es la categoría que mejor define el consumo de alcohol del paciente?

- a) Consumo de bajo riesgo.
- b) Consumo de alto riesgo.
- c) Trastorno por consumo de alcohol leve.
- d) Trastorno por consumo de alcohol moderado.
- e) Trastorno por consumo de alcohol grave.

Segunda visita (I)

- Transcurridos 45 días, el paciente acude a revisión y refiere mejoría tanto de los síntomas digestivos, como del insomnio y estado de ánimo.
- Se corrobora un adecuado cumplimiento terapéutico.
- El paciente ha reducido su consumo de alcohol, limitándolo a 1-2 cervezas durante la mañana (aperitivo), 2 vasos/copas de vino en la comida, y uno en la cena. No refiere consumo fuera de comidas, ni de bebidas de alta graduación. No pérdida de control, y ha estado sin beber durante cinco días distintos (máximo, 2 consecutivos).



En un paciente con escasa o nula percepción del problema (precontemplativo), es importante no citar con excesivo tiempo de demora para una segunda visita, pero sí el suficiente como para percibir resultados del tratamiento.

Debemos corroborar el adecuado cumplimiento terapéutico (repetir preguntas del tipo “¿Qué tratamiento estaba tomando?”, “Dígame cuándo tomaba cada pastilla”; preguntar a otros informantes, como los familiares) porque no siempre lo que prescribimos es realmente lo que el paciente acaba administrándose. Menos aún en este tipo de enfermos.

Segunda visita (II)

- El médico relaciona la mejoría percibida con la reducción de su consumo de alcohol, circunstancia que también advierte el paciente.
- Encontrándose mejorado, el paciente acepta la posible relación de sus molestias físicas y psíquicas con su consumo de alcohol, pero considera que la reducción del consumo realizada es suficiente para solucionar el problema.



Cualquier reducción del consumo debe ser valorada, reconocida positivamente y, en su caso, asociada a la mejoría de las molestias inicialmente referidas por el paciente y que dieron lugar a su petición de asistencia.

De este modo se facilita el avance del paciente en las fases de cambio, en este caso desde un estadio inicial precontemplativo hacia otro contemplativo, en el que se empieza a aceptar la existencia de un problema generado por el consumo de alcohol.

La abstinencia es un objetivo terapéutico que siempre debe ser planteado al paciente como mejor opción terapéutica.

PREGUNTA 2

¿Cómo cree que debería actuar el médico en esta situación?

- a) Recriminar al paciente que haya mantenido su consumo de alcohol y prohibirle que siga haciéndolo.
- b) Obviar el consumo de alcohol durante el resto de la consulta.
- c) Advertir al paciente de que no se le seguirá atendiendo hasta que no deje de consumir alcohol.
- d) Aumentar la percepción del paciente de los riesgos y problemas asociados a su consumo de alcohol, así como recordar ventajas y desventajas del cambio.
- e) Derivar al paciente a una unidad especializada de tratamiento del alcoholismo.

Segunda visita (III)

- El médico ha intentado aumentar el nivel de motivación del paciente para alcanzar la abstinencia, pero éste mantiene su opinión de que no es necesario.
- Le indica a su paciente que debería abstenerse de beber cualquier cantidad de alcohol, idea que es frontalmente rechazada por el paciente por no considerarse "alcohólico".
- El paciente se encuentra mejorado y considera que "ya puede beber como los demás".



El paciente ha mejorado su estado de salud pero, por el momento, no tiene intención de abandonar completamente el consumo. Nuevamente hay que tomar una decisión clínica.

PREGUNTA 3

¿Qué tipo de intervención terapéutica propondría en este momento?

- a) Prescribir un fármaco interdicator que impida que el paciente consuma alcohol, como el disulfiram (Antabús©) o la cianamida cálcica (Colme©).
- b) Iniciar una pauta de desintoxicación ambulatoria mediante diazepam, con posterior inicio de tratamiento interdicator.
- c) Indicar una desintoxicación hospitalaria.
- d) Prescribir otros fármacos que pudieran disminuir el *craving*, como el acamprosato.
- e) Proponer al paciente un tratamiento de reducción del consumo, como objetivo a corto plazo.

La abstinencia como objetivo terapéutico

- Es una opción válida –y objetivo que no debe rechazarse–, pero puede ser desmotivadora o no aceptada por muchos pacientes:
 - En los 12 primeros meses, la tasa de recaídas se sitúa entre un 40-75%.
 - Los altos porcentajes de recaída pueden ser debidos a que la abstinencia es poco realista o no es el objetivo deseable para muchos pacientes.
 - La principal razón, según estudios, para no recibir tratamiento es “**no se sienten preparados para dejar de beber** o manifiestan escaso compromiso”.
 - Puede ser una de las razones principales por las que menos del 10% de los pacientes solicitan tratamiento.



Aunque la abstinencia siempre debe ser el objetivo a alcanzar, para muchos pacientes constituye una meta inicialmente inviable. La mayoría de los casos en los que no se solicita tratamiento o se abandona éste, suelen asociarse con ofertas terapéuticas muy exigentes en las que solo cabe la opción de la abstinencia absoluta.

¿Abstinencia o reducción del consumo?

- a) El tratamiento de los pacientes con **dependencia severa** al alcohol se orientará predominantemente hacia la **abstinencia**.
- b) En los casos en los que **no exista una dependencia** severa al alcohol, el tratamiento está dirigido preferiblemente hacia la **reducción** del consumo.
- c) La relación entre el resultado terapéutico y la severidad de la dependencia parece ser independiente de la opción de tratamiento propuesta por el terapeuta. En este sentido, **el paciente es quien determina finalmente sus propios objetivos** terapéuticos.

Sobell y Sobell, 1995.



La segunda opción expuesta corresponde al caso que nos ocupa. Es importante recordar que, como apuntan Mark y Linda Sobell, será el paciente quien finalmente determine el resultado terapéutico en base a sus propios objetivos. Por eso es importante adoptar una decisión clínica compartida entre ambos.

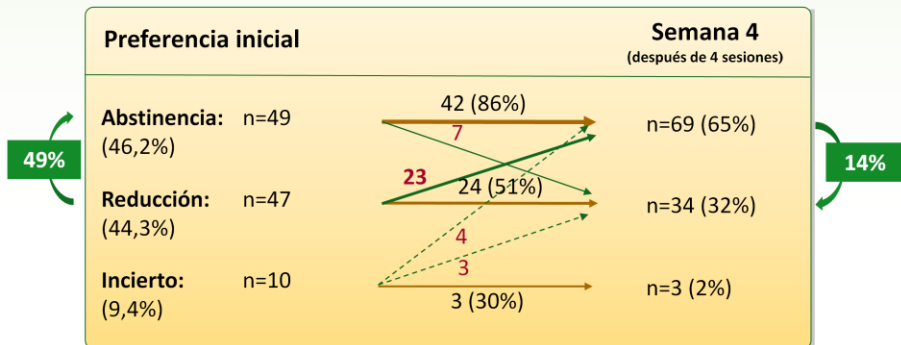
La utilidad de la reducción del consumo

- La reducción es eficaz en algunos pacientes dependientes, mientras para otros supone un **paso intermedio** hacia la abstinencia.
- Puede ser especialmente útil para facilitar que los pacientes **acudan antes** a solicitar tratamiento, contribuyendo por tanto a mejorar el pronóstico y disminuir las complicaciones asociadas a la enfermedad.
- Reducir el consumo de alcohol ofrece una alternativa práctica de tratamiento a la abstinencia, como objetivo “intermedio” para alcanzar la abstinencia o, como objetivo inicial en aquellos pacientes con dependencia del alcohol leve o moderada o que no responden a la abstinencia.



Más del 40% de los alcohólicos que precisan tratamiento no lo solicitan porque no se encuentran preparados para dejar de beber totalmente, pudiendo beneficiarse de un tratamiento dirigido a la reducción del consumo, como paso previo a una abstinencia posterior y, en todo caso, disminuyendo la morbimortalidad asociada.

La reducción como primera fase



- El 49% de los pacientes con preferencia inicial por la reducción cambiaron a objetivo de abstinencia a las 4 semanas.
- Solo un 14% de los abstinentes, cambiaron a reducción.

Hodgins et al. (1997).



Los programas de reducción del consumo pueden favorecer la abstinencia completa posterior. El 49% de los pacientes que inician un programa de reducción deciden cambiar su objetivo, hacia la abstinencia, a las 4 semanas del tratamiento.

Criterios para un programa de reducción

- La reducción del consumo es una opción viable para algunos bebedores problemáticos y dependientes “ligeros”:
 - Menos de cuatro criterios diagnósticos, de los 11 contemplados en el DSM-5 (Trastorno por Consumo de Alcohol leve).
 - Ausencia de sintomatología física de abstinencia.
- Además de la correspondiente prescripción farmacológica, el programa debe incluir una intervención psico-social específica: es válida una intervención breve, no siendo precisa una psicoterapia de duración más extensa.

Limitando la reducción

- Parámetros de cantidad y frecuencia:
 - Hombres: 4 UBE/día y 16 UBE/semana.
 - Mujeres: 3 UBE/día y 12 UBE/semana.
 - Mayores de 65 años: 2 UBE/día y 8 UBE/semana.
- Evitar más de 1 UBE por hora.
- Evitar consumir siempre con la misma gente, lugar o momento.
- Evitar el uso del alcohol como medio para afrontar problemas.
- No consumir alcohol en situaciones de riesgo físico (conducción, máquinas peligrosas, etc.).
- No consumir en embarazo o lactancia.



Un programa de reducción del consumo, además de exigir el estricto cumplimiento de unos “criterios de inclusión” debe disponer de objetivos y límites claramente definidos, como los expuestos en esta diapositiva.

PREGUNTA 4

¿Cuál de los siguientes fármacos ha evidenciado mayor eficacia en los programas de reducción del consumo de alcohol?

- a) Acamprosato.
- b) Disulfiram.
- c) Naltrexona.
- d) Nalmefeno.
- e) Ninguno de los anteriores.