

CASOS CLÍNICOS

Varón dependiente del alcohol

Alcohol dependent male

GÓMEZ-TALEGÓN, M.T.** Y ÁLVAREZ-GONZÁLEZ, F.J.**

*Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Valladolid (AR-VA). Valladolid.

**Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. Valladolid. España.

RESUMEN: *Objetivo:* Analizar el caso clínico de un varón de 38 años, dependiente del alcohol en sus vertientes de diagnóstico, consejo para el tratamiento y tratamiento del problema.

Material y métodos: El caso clínico analizado corresponde al de un paciente varón, se registran las pautas de consumo de alcohol así como la problemática social, laboral, familiar y de tráfico que ese consumo le ha producido.

Resultados: Se analizan los pasos dirigidos al diagnóstico sistematizado (criterios DSM-IV, cuestionarios diagnósticos de dependencia del alcohol y marcadores biológicos) y el tratamiento realizado en dicha patología, tanto farmacológico como psicossocial.

Conclusiones: La dependencia del alcohol es un problema médico que se presenta frecuentemente en los servicios de urgencias y en atención primaria, patología que en muchos casos deberá ser tratada por servicios especializados, tanto en sus formas iniciales (síndrome de abstinencia) como posteriormente en tratamientos de deshabituación y rehabilitación.

PALABRAS CLAVE: Alcohol. Alcoholismo. Dependencia del alcohol. Caso clínico.

ABSTRACT: *Objectives:* To analyse a clinical case of an alcohol dependent male in the aspects of diagnosis, advice for treatment and treatment of the problem.

Material and methods: The case analysed is that of a 38 year old male patient. The pattern of alcohol consumption, as well as the social, labour, family and traffic problems produced by this consumption are registered.

Results: We analyse the steps taken for a systematic diagnosis (DSM-IV criteria, diagnostic surveys of alcohol dependence and biological markers) and the treatment given for the said pathology, both pharmacological and psychosocial.

Conclusions: Alcohol dependence is a medical problem that is frequently seen in primary care and A&E services. In many cases, it is a pathology that should be treated by specialised services, both in its initial forms (abstinence syndrome) and later treatment for habit loss and rehabilitation.

KEY WORDS: ALCOHOL. Alcoholism. Alcohol dependence. Case report.

Correspondencia:

M.T. GÓMEZ-TALEGÓN
Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas.
Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.
Ramón y Cajal, s/n. 47005 Valladolid. España.
E-mail: trinig@med.uva.es

Recibido: 15.02.05

Aceptado para su publicación: 28.06.05

Este artículo se ha realizado gracias a la ayuda para el desarrollo de Redes Temáticas de Investigación Cooperativa, Red de Trastornos Adictivos G03/005, Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III.

Paciente varón de 38 años, soltero, vive con su madre de 72 años, de profesión albañil, acude al centro ambulatorio de tratamiento de alcoholismo aconsejado por su médico de cabecera, presionado por su familia y por un accidente de tráfico con alcoholemia positiva pendiente de juicio. Le acompaña su hermana que le acompañará y ayudará en su tratamiento y rehabilitación siempre que pueda.

El paciente refiere que inició el consumo de alcohol en la adolescencia, con un consumo ya excesivo en esos años durante los fines de semana y con alguna intoxicación de forma esporádica. Por esa época se

inició también en el consumo de cannabis de forma esporádica. A los 22 años el consumo de alcohol era ya diario y el de cannabis se hizo más habitual al tener más poder adquisitivo, y la cantidad y la frecuencia de consumo de ambos tóxicos aumentó con el paso de los años. En el último año venía realizando consumos de 310 g/día de alcohol, que aumentaba a 340 g/día los fines de semana, cannabis 2 o 3 «porros» diarios y alguno más en fin de semana, y desde hace algunos años con ocasión de fiestas o celebraciones ha consumido alguna raya de cocaína, últimamente de forma más habitual, siempre con ocasión de consumos excesivos de alcohol.

Desde hace varios años llegaba a casa semiintoxicado diariamente y algún fin de semana francamente embriagado. Su médico de cabecera le había comentado que su analítica refería una hepatitis alcohólica con elevación de transaminasas y una anemia megaloblástica con aumento del VCM y de la HCM, por lo que el paciente decide acudir a nuestro centro de alcohólicos rehabilitados.

Refiere no consumir alcohol desde hace 24 h. A la exploración el paciente presenta gran hiperactividad autonómica, ansiedad e inquietud psicomotriz, sudoración profusa en manos y cara con «flapping tremor», ansiedad, irritabilidad, nerviosismo, facies abotargada, labios cianóticos, hipertrofia parotídea, cansancio y malestar general. A la palpación se aprecia un abdomen globuloso con ligera hepatomegalia de 2-3 cm, no se aprecia ningún otro tipo de masas o megalias. Auscultación cardiopulmonar normal, ligera taquicardia con una frecuencia cardíaca de 92 pulsaciones/min, presión arterial de 130/85 mmHg.

Ante su situación de probable síndrome de abstinencia se decide enviar al paciente al hospital para realizar una desintoxicación hospitalaria, y se le insta para que cuando le den el alta acuda de nuevo a nuestro centro con objeto de finalizar su historia clínica y continuar su tratamiento de deshabitación y rehabilitación posterior.

El médico del centro de tratamiento del alcoholismo (**M**) comenta el caso con el médico residente (**R**) en la segunda visita del paciente.

R: He recibido por segunda vez a un paciente de 38 años que acudió a nuestro centro aconsejado por su médico de familia debido a su problema de alcohol, y que decidimos derivar al hospital para realizarle una desintoxicación hospitalaria.

M: ¿Cuál fue en principio el motivo inicial de la consulta?

R: El paciente consideraba que últimamente estaba bebiendo demasiado y que eso le estaba ocasionando algunos problemas. Sus familiares y el médico de familia le habían indicado que gran parte de sus problemas eran consecuencia de su elevado consumo de alcohol, por lo que había decidido dejar de beber.

M: ¿Le realizaste una breve historia clínica?

R: Sí, y eso fue lo que me decidió a derivarlo al hospital.

M: La historia clínica¹ constituye el documento más valioso para la valoración del paciente con problemas por el alcohol. Cada una de las partes que forman la historia clínica tienen su importancia a la hora de abordar el problema y de dimensionar las consecuencias. No obstante, los aspectos indispensables, relacionados con el alcohol, que deben recogerse en un primer momento son:

- Motivo de la consulta.
- Cantidad de alcohol consumido.
- Consecuencias del consumo.
- Relación entre consumo y consecuencias.
- Tiempo de evolución del consumo.

Otros apartados de la historia clínica (tests diagnósticos, pruebas bioquímicas, etc.) pueden aplazarse para otro momento si la situación del paciente está comprometida por un síndrome de abstinencia o un mal estado general. ¿Qué pasos se dieron cuando el paciente acudió por primera vez a nuestro centro?

R: Debido al estado en que se encontraba en ese momento por el síndrome de abstinencia, se le realizó la historia clínica referida exclusivamente a su historia de consumo para intuir la gravedad de la dependencia. Se inició la historia clínica interrogando sobre la edad en la que comenzó a beber, cuándo se embriagó por primera vez, consecuencias de las «borracheras» (comas, caídas, accidentes, etc.), cómo fue evolucionando el patrón de consumo (si se inició en fin de semana y luego pasó a ser diario, etc.), así como el tipo de bebida y las cantidades consumidas durante su evolución. Refirió que paralelamente al consumo de alcohol inició el consumo de cannabis, al principio sólo en fin de semana y fiestas, y posteriormente en el servicio militar ya pasó a ser diario.

M: ¿En esta segunda visita has realizado una historia de consumo más minuciosa y completa que el primer día?

R: Sí, se le ha interrogado de forma más detallada por su consumo un día habitual: a qué hora comienza a beber y la secuencia a lo largo del día (en el desayuno, el almuerzo, el aperitivo, la comida, el café de después de comer, por la tarde, en la cena, en las salidas nocturnas, etc.), diferenciando muy bien el consumo en días laborables y en fines de semana o fiestas. Es importante recoger:

- Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas.
- Cantidad de alcohol consumido en la última semana.
- Categorización del consumo en bajo, moderado y peligroso.

Refirió que en las cantidades consumidas había algunas diferencias entre los días laborables y los fines de semana (sábados y domingos). En día laborable comenzaba tomando 2 «chupitos» de aguardiente (4 UBE [unidad de bebida estándar]) con el café de la mañana; a media mañana medio litro de vino con el bocadillo (5 UBE); antes de comer 2-3 cañas (3 UBE); para comer otro medio litro de vino (5 UBE); después de comer 2 copas de coñac con el café (4 UBE); al salir de trabajar 4-5 cañas o cervezas (5 UBE), y para cenar otro medio litro de vino (5 UBE) (tabla 2). En total 31 UBE (310 g/día de etanol), los fines de semana a estas cantidades añade algún combinado por la tarde y también si sale por la noche, en total aproximadamente consume 340 g/día (cada día del fin de semana).

Para facilitar el registro del consumo alcohólico y disponer de una nomenclatura semejante se utiliza un sistema de unidades de bebida estándar. Una unidad sería el contenido alcohólico presente en determinados volúmenes de diferentes bebidas con una graduación estándar. En España, el valor de la UBE en gramos de alcohol puro se ha estimado en 10 g². Básicamente, con la UBE se quiere indicar el contenido habitual de alcohol absoluto en una consumición tipo y de esta manera calcular de manera rápida la cantidad de alcohol ingerida (tabla 1).

M: Y si hubiera sido un bebedor más esporádico o de fin de semana, ¿cómo le hubieses interrogado para saber con mayor precisión la cantidad consumida y en qué límites se encuentra ésta?

R: Si hubiera sido un bebedor esporádico sería más interesante conocer la cantidad que consume semanal-

Tabla 1. Unidades de bebida estándar (UBE) según los tipos más frecuentes de bebida³

Tipo de bebida	Volumen	Número de UBE
Vinos	1 vaso (100 cm ³)	1
	1 l	10
Cerveza	1 caña (200 cm ³)	1
	1 l	5
Vermut, oporto, cava, jerez	1 copa (50 cm ³)	1
	1 vermut (100 cm ³)	2
Coñac, ron, anís, etc. (destilados)	1 l	20
	1 carajillo (25 cm ³)	1
	1 copa (50 cm ³)	2
	1 combinado (50 cm ³)	2
	1 l	20

mente, para ello le haría un recordatorio semanal de su consumo y al final hallaríamos la cantidad total consumida.

Nuestro paciente tiene un consumo de alcohol muy elevado, de 185 UBE/semana.

M: La obtención de información sobre la cantidad que beben o las consecuencias de la bebida no es fácil, ya que la negación, minimización y ocultación de datos es habitual. De ahí que deba utilizarse con estos pacientes un tipo de entrevista empática que facilite la confianza y la veracidad de los datos; es aconsejable realizar la pregunta de forma que se favorezca una respuesta sincera, del tipo «¿Qué suele beber con las comidas o cuando sale los fines de semana?», en esta pregunta va implícito que bebe y se le solicita el tipo de bebida utilizado y posteriormente la cantidad.

¿El paciente tiene algún antecedente familiar de alcoholismo o de patologías psiquiátricas?

R: Su padre bebía mucho y a veces se emborrachaba, aunque nunca fue consciente de su problema con el alcohol ni buscó tratamiento para éste, también era fumador importante, falleció hace 10 años de cáncer de esófago. Su madre tuvo problemas depresivos hace años que desaparecieron al morir el padre.

M: ¿Cuáles son sus antecedentes personales?

R: Entre sus antecedentes destaca algún coma etílico atendido en urgencias en la adolescencia, interenido de apendicitis a los 18 años, alguna caída y algún punto de sutura a consecuencia de peleas cuando esta-

ba embriagado, hace 3 años ingresó por pancreatitis aguda y ha tenido un esguince cervical a consecuencia del último accidente de tráfico.

M: ¿Qué consecuencias le había producido ese consumo tan elevado de alcohol a nuestro paciente?

R: Aprovechando que el paciente acudió a consulta acompañado de su hermana, se realizó un interrogatorio familiar más profundo, y se le interrogó por las alteraciones médicas y psicosociales que le haya podido producir su dependencia: conflictividad familiar, social; problemas laborales; traumatismos y accidentes (laborales, domésticos o de tráfico); impotencia sexual; merma cognitiva, etc. Su hermana refiere que el paciente tiene problemas en su familia, ha sido la presión familiar de su madre y hermanos la determinante para acudir en demanda de tratamiento. En la familia había un alto grado de conflictividad, sobre todo con la madre y con otro hermano de 30 años que convive en el domicilio familiar, con bajo nivel de cohesión y diálogo y frecuentes discusiones, tanto con la madre como con los demás miembros de la familia; la madre que es mayor sufre mucho con su comportamiento, asimismo refiere que en una ocasión le habían despedido del trabajo. También había tenido 3 alcoholemias positivas, la última de 1,2 g/l de sangre, con un accidente de tráfico que le produjo un esguince cervical. Como resultado de las alcoholemias le han retirado el permiso de conducir 3 veces, cada vez por 1 año y esta última vez por 2, está pendiente de juicio ya que aunque en el accidente no hubo daños a terceros se enfrentó a la Guardia Civil y quiso agredir a uno de ellos. Hace 3 años tuvo un ingreso por pancreatitis aguda y varias veces ha acudido a urgencias por heridas y contusiones debidas a peleas, también en alguna ocasión, sobre todo cuando era más joven, ha acudido a urgencias por coma etílico.

M: La información familiar sobre la conducta del paciente puede ser de gran utilidad, aunque tiene la limitación de la subjetividad del informante, pero es interesante para conocer datos que el paciente a menudo minimiza o niega. ¿Cómo relaciona el paciente su consumo excesivo de alcohol con las consecuencias que éste le ha producido?

R: El paciente reconoce que por culpa del alcohol le han despedido del trabajo al acudir a éste embriagado o por faltar algún lunes al puesto de trabajo debido a la resaca, igualmente relaciona el consumo de alcohol con el accidente de tráfico en el que se saltó un

stop y que tuvo como consecuencia un esguince cervical, y con las multas y retiradas de carnet, consecuencia de las 2 alcoholemias positivas; también refiere elevados gastos ya que cuando bebe excesivamente también consume cocaína. Comenta su preocupación por su salud ya que su médico de familia le ha comentado que tiene el «hígado tocado» y tiene miedo a que le pase algo.

Minimiza su ingreso por pancreatitis, que no atribuye a su consumo de alcohol, y tampoco da importancia a sus problemas de peleas y mala convivencia familiar «ya que él tiene un carácter muy fuerte» y además le ocurre cuando consume cocaína.

M: ¿Utilizaste otros medios para completar el diagnóstico?

R: Existen múltiples instrumentos para la evaluación de problemas relacionados con el alcohol.

M: ¿Qué instrumentos de detección se pueden utilizar?

R: Dentro de las evaluaciones complementarias, los instrumentos que se emplean habitualmente son: cuestionarios de detección, cuestionarios de diagnóstico y cuestionarios de evaluación de dimensiones de los problemas relacionados con el alcohol.

Entre los *cuestionarios de detección* se puede utilizar el test CAGE⁴ ya que es sencillo de administrar y de corta duración, consta sólo de 4 ítems. Una respuesta positiva alertará sobre la posibilidad de estar ante un problema por el alcohol y nos obligará a investigar. Dos o más respuestas positivas nos darán una alta probabilidad de alcoholismo. El AUDIT⁵ (Alcohol Use Disorders Identification Test) es un cuestionario para la detección temprana de consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, consta de 10 ítems y se cumplimenta con gran brevedad, es un instrumento muy útil para atención primaria, así como el CBA⁴ (cuestionario breve para alcohólicos).

M: Esos instrumentos son muy útiles para atención primaria, pero en nuestro centro habría que utilizar métodos más específicos de diagnóstico. ¿Cuál has utilizado como cuestionarios de diagnóstico?

R: La entrevista clínica estructurada para el DSM-III-R (SCID) y el cuestionario para la evaluación clínica en neuropsiquiatría (SCAN). Éstos están compuestos por entrevistas estructuradas adaptadas para los criterios de las diferentes taxonomías (DSM y CIE)^{6,7}.

M: Está bien, pero estos criterios tienden a ser reduccionistas y poco útiles para el clínico, pues personas alcohólicas muy distintas pueden aparecer con los mismos criterios diagnósticos y es necesario hacer un diagnóstico más específico.

R: También utilicé el EIDA⁸ (Escala de Intensidad de la Dependencia Alcohólica). Se trata de un cuestionario autoaplicado de 30 ítems, con 6 subescalas. La duración de la prueba oscila entre 2 a 5 min. Recoge información sobre los síntomas físicos, psicológicos, las conductas para aliviar síntomas de abstinencia, el consumo de alcohol, las dificultades para el control y la reaparición de síntomas con la recaída. En España ha sido validado por Rubio et al⁸. La fiabilidad es buena, permite distinguir entre dependencia leve (21 ± 11 puntos), moderada (29 ± 10 puntos) y grave (37 ± 17 puntos).

El MALT (Müncher Alkoholismus Test)⁹ es uno de los cuestionarios más interesantes para investigar el alcoholismo, tiene una especificidad del 82% y una sensibilidad del 100%. Consta de 2 partes, una subjetiva, el MALT-S que consta de 27 preguntas (versión española) autoadministradas y cada respuesta afirmativa representa un punto, y otra objetiva, MALT-O que consta de 7 preguntas valoradas por el médico mediante la anamnesis, las pruebas biológicas y la exploración física. Cada respuesta positiva contabiliza 4 puntos. Una puntuación de 11 o más puntos nos orientará hacia la existencia de dependencia y entre 6 y 10 puntos indicará una alta sospecha. En nuestro caso, el paciente presentó una puntuación de 23 puntos en el MALT-S y de 16 puntos en el MALT-O.

M: ¿Utilizaste algún otro tipo de cuestionario?

R: Cuando el paciente acudió a nuestra consulta presentaba síntomas de gran hiperactividad autonómica compatible con un síndrome de abstinencia, se observaba temblor distal de manos, taquicardia, sudoración intensa, agitación psicomotriz, ansiedad, nerviosismo.

M: Ante esta situación, ¿que decisión tomaste?

R: En principio realicé una evaluación de la gravedad del síndrome de abstinencia para orientarme en cuanto a los riesgos del cuadro, así como para descartar y/o evitar posibles complicaciones. Para esto se pueden utilizar alguna de las escalas diseñadas para valorar la intensidad del síndrome de abstinencia como la de Soler-Insa¹⁰ o la CIWA-AR (Revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Sca-

le)¹¹, que permite valorar la intensidad del síndrome de abstinencia. Una puntuación > 17 o > 20 , respectivamente, haría recomendable un ingreso hospitalario.

M: ¿Qué puntuación presentaba el paciente?

R: En España, quizás se utiliza más la escala de Soler-Insa^{10,12}, mientras que en el ámbito anglosajón se utiliza más la CIWA-AR¹¹. A nuestro paciente se le pasó la escala de intensidad del síndrome de abstinencia alcohólica (SAA) de Soler-Insa, en la que tenía 20 puntos, por lo que decidí que acudiera a una unidad de desintoxicación hospitalaria para que el tratamiento del síndrome de abstinencia fuera el adecuado, intentando evitar la progresión a *delirium tremens* y la gravedad de las complicaciones de éste.

M: ¿Qué signos y síntomas mostró en la exploración física? (tabla 2).

R: Presenta arañas vasculares, facies pletórica, hipertrofia parotídea y cianosis labial e inyección conjuntival, en la primera visita presentaba *fetor* alcohólico. En cuanto a los síntomas que presentaba antes de iniciar la desintoxicación, tenía pituitas matutinas, anorexia, diarrea, trastornos de la memoria, temblor distal por las mañanas, insomnio referido como sueño irregular.

M: ¿Qué marcadores biológicos presentaba al ingreso?

R: Se le practicó sistemático de sangre con los siguientes valores alterados: triglicéridos de 178 mg/dl; colesterol de 324 mg/dl; ácido úrico de 7,5 mg/dl; AST (GOT) de 100 U/l; ALT (GPT) de 118 U/l; GGT

Tabla 2. Signos y síntomas relacionados con el alcoholismo crónico

Signos relacionados con el alcoholismo crónico	Síntomas relacionados con el alcoholismo crónico
Facies pletórica	Pituitas matutinas
Hipertrofia parotídea	Anorexia
Desnutrición	Pirosis retroesternal
Subictericia o ictericia	Diarrea
Eritema palmar	Hiporreflexia
Ginecomastia	Cefaleas
Obesidad	Ansiedad y/o depresión
Inyección conjuntival	Trastornos de la memoria
Arañas vasculares	Temblor distal
Fetor alcohólico	Insomnio

de 438 U/l; VCM de 109,8 fl; HCM de 34,7 pg; CHCM del 31,6%; bilirrubina total de 2,6 mg/l. Sistemático de orina sin interés. ECG: ritmo sinusal normal. Se le derivó a medicina interna para valoración hepática (pendiente de informe).

M: El consumo excesivo y crónico de alcohol conlleva alteraciones enzimáticas detectables fácilmente con las técnicas que se disponen actualmente. El uso de dichos marcadores biológicos por si solos son los menos fiables para diagnosticar alcoholismo, por lo que no son útiles para el diagnóstico precoz. Asociados a otros instrumentos diagnósticos, son útiles para la confirmación diagnóstica de alcoholismo y para el control y seguimiento del paciente en el programa terapéutico. ¿Qué tipos de marcadores biológicos son los más útiles?

R: Los marcadores³ pueden ser *directos*:

- Concentración de alcohol en sangre.
- Transferrina deficiente en carbohidratos (TDC) de gran utilidad para el seguimiento, la TDC tiende a renormalizarse durante las primeras semanas de abstinencia y se eleva más tempranamente que la GGT en las recaídas.

Marcadores *indirectos* de alcoholismo:

- La gammaglutamil-transpeptidasa GGT marcador muy sensible del consumo de alcohol pero poco específico, se renormaliza con la abstinencia continuada y se vuelve a elevar con las recaídas.

- La transaminasa glutámico-oxalacético (GOT o AST) y la glutámico-pirúvico (GPT o ALT), muy sensibles en la detección de daño hepático, aunque no existe una buena correlación entre la actividad enzimática y el consumo hepático.

- El volumen corpuscular medio (VMC) aumentado, colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (cHDL), triglicéridos y ácido úrico elevados,

- Cociente GOT/GPT > 1.

M: Es necesario recordar que los marcadores biológicos pueden no estar alterados en pacientes con grado de dependencia severa, y nunca deberán reemplazar el juicio clínico en el diagnóstico del consumo perjudicial y alcoholismo.

M: En resumen, ¿cuáles son los pasos que has seguido para el diagnóstico de este paciente?

R: En el momento actual no existen pruebas específicas para la detección o el diagnóstico del alcoholismo, de modo que para hacer un diagnóstico, será necesario:

1. Adecuada historia clínica, en la que conste:
 - Cantidad, frecuencia y tipo de bebida.
 - Consecuencias del consumo (físicas, psíquicas, sociales, laborales, etc.).
 - Relación entre consumo y consecuencias.
 - Tiempo de evolución del consumo.

2. Exploración física. La ingesta regular y excesiva de alcohol ocasiona una serie de signos físicos y psíquicos así como síntomas relacionados con el alcoholismo crónico que pueden ayudar al diagnóstico a través de la exploración (tabla 2).

3. Exploración analítica (bioquímica sanguínea). Los marcadores biológicos más significativos son la elevación de GGT, AST, ALT, VCM, lípidos plasmáticos y ácido úrico.

4. Cuestionarios o escalas para la detección de consumo de riesgo, consumo perjudicial o alcoholismo.

M: ¿De qué forma fue tratado nuestro paciente en la unidad de desintoxicación?

R: Ha estado ingresado 15 días y se le ha puesto tratamiento con:

- Benzodiazepinas (BZD), de indudable eficacia y escasa toxicidad. La pauta utilizada ha sido de 1 semana con clorazepato, BZP de semivida larga, con una pauta media inicial de 1-1-2 comprimidos de 15 mg con carácter descendente. La utilización de BZD en la desintoxicación ambulatoria presenta problemas debido a que presentan tolerancia cruzada con el alcohol y potencian los efectos en caso de intoxicación etílica (depresión respiratoria), además presentan un elevado potencial adictivo, especialmente el diazepam, por sus efectos euforizantes y se puede producir una posterior automedicación más allá de la recomendada.

- Clometiazol, por su efecto ansiolítico, antitremórico, anticonvulsivo e hipnótico, posee una indudable eficacia, especialmente para el tratamiento de formas graves y convulsiones del SAA. Sin embargo, su fuerte acción depresora central, especialmente de la función respiratoria, además de su hepatotoxicidad y, sobre todo, su marcado potencial adictivo, aconsejan reservar su prescripción al marco hospitalario y para cuadros de privación con actividad comicial o inquietud psicomotora notable. La vía oral será preferible, a no ser que existan problemas de deglución o se requiera un efecto inmediato. La pauta de dosificación, decreciente, se ajustará según la gravedad del SAA. Es deseable limitarla a unos 7-8 días, aunque cabe su prolongación hasta 10-12 días en los casos más graves

— **Vitaminoterapia.** Generalmente, los alcohólicos presentan múltiples deficiencias vitamínicas debido a que su alimentación es escasa e inadecuada; aunque éstas pueden deberse también a una malabsorción intestinal, debido a la toxicidad directa del alcohol, para ello se prescriben complejos vitamínicos del grupo B (B_1 - B_6 - B_{12}) que es lo único que está tomando nuestro paciente actualmente.

Una vez realizada la desintoxicación hospitalaria, el paciente fue derivado desde la unidad de desintoxicación para continuar el tratamiento de deshabitación en nuestro centro de tratamiento del alcoholismo.

M: ¿Qué tratamiento farmacológico se le ha puesto después de la desintoxicación para continuar con la deshabitación?

R: Se le ha puesto tratamiento médico para conseguir la abstinencia. En primer lugar, se le ha prescrito un interdicator o aversivo (cianamida cálcica) en dosis de 15 gotas en el desayuno y 15 gotas después de comer (si el fin de semana sale de noche, otras 15 gotas). Un *anticraving* (naltrexona) 1 comprimido de 50 mg/día para disminuir su impulso/deseo (*craving*) por el alcohol, y se le ha recomendado seguir con el complejo vitamínico B1-B6-B12 prescrito en el hospital, a dosis de 1 comprimido/8 h.

M: ¿Qué medicación se puede utilizar en un paciente alcohólico para tratar su dependencia al alcohol?

R:

1. Benzodiazepinas. Se desaconseja su uso porque puede producirse una importante adicción secundaria.

2. Los interdictores o aversivos¹². Son inhibidores de la metabolización del acetaldehído (interdicator o aversivo), estos fármacos producen una aversión farmacológica y psicológica por la amenaza de la reacción de intolerancia. La indudable existencia de un efecto placebo no le resta sentido a un tratamiento que se destina a prevenir el consumo más que a escarmentar al paciente con la reacción; sin embargo, interesa que ésta aparezca, si el paciente prueba a beber. Es necesario explicar al paciente y al familiar que administre el fármaco los riesgos, beneficios y sentido de la medicación: es frecuente el rechazo de los interdictores por considerarlos un atentado contra la fuerza de voluntad. Hay que explicarle al paciente que ésta se ejercita con cada toma del fármaco, que él habrá aceptado como instrumento destinado a ayudarle a materializar su decisión de abstinencia. El interdicator pre-

viene revocaciones de dicha decisión motivadas por una urgencia de consumo o una presión externa.

Habitualmente se utilizan 2 tipos de interdictores: el disulfiram que provoca, en presencia de etanol, una intoxicación acetaldehídica por inhibición irreversible¹³ del ALDH (alcohol deshidrogenasa). La inhibición adicional de la dopadecarboxilasa y las oxidasas de los microsomas hepáticos explican también parte de la sintomatología y de las interacciones farmacológicas. La reacción alcohol-disulfiram se traduce en mareo, sofocación, rubefacción, cefaleas, ahogo, disnea, palpitaciones, precordialgia, taquicardia, hipotensión y eventual colapso e incluso confusión y cuadros psicóticos, en casos extremos. La cianamida cálcica actúa inhibiendo sólo la ALDH de forma competitiva¹³. La ingesta de alcohol provoca una intoxicación acetaldehídica a partir de la primera hora de la administración del fármaco, la intoxicación alcohol-cianamida suele ser más débil e inconstante que con el disulfiram.

A nuestro paciente se le ha prescrito cianamida cálcica con pauta de 15 gotas por la mañana y 15 gotas en la comida. Los fármacos disuasorios no tienen eficacia por sí mismos, ni mejoran el resultado del tratamiento a largo plazo, pero contribuyen notablemente a consolidar la abstinencia en el seno de un programa terapéutico, estando su cumplimiento íntimamente ligado con la motivación, seguimiento y apoyo ofrecido al enfermo.

3. Fármacos *anticraving*. Estos fármacos interfieren con el proceso de placer que proporciona el consumo de estas sustancias, así como la búsqueda y el deseo continuado de la droga después del primer consumo («impulso irresistible de consumir»). A este fenómeno se le suele denominar *craving*, de ahí el término de fármacos *anticraving* o fármacos anticonsumo. Varios sistemas de neurotransmisión serían los principalmente implicados en estos procesos de *craving*: el serotoninérgico, el dopaminérgico, el opiáceo, el GABAérgico, y los mediados por diversos neurotransmisores excitadores (glutamato), entre otros, los más utilizados son la naltrexona y el acamprosato^{14,15}.

4. Vitaminoterapia. Complejos vitamínicos B. Las concentraciones de ácido fólico suelen estar bajas por disminución de la ingesta, se recomienda una dieta rica en el mismo o administración oral asociado a vitamina B_{12} .

5. Otros fármacos.

— Inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS): son útiles en el tratamiento de depresiones leves o moderadas, el tratamiento precoz de los cuadros depresivos que aparecen en la deshabitación mejora

el pronóstico, aunque su uso sistemático estaría desaconsejado. Un metaanálisis¹⁶ señala una mínima evidencia de la eficacia de estos fármacos para el tratamiento de los síntomas de alcoholismo. Aunque existe confusión en el resultado por presentar alto grado de comorbilidad psiquiátrica en los estudios analizados.

— Nuevos antiepilépticos: gabapentina, topiramato y lamotrigina¹⁷ con un perfil más seguro de efectos secundarios, se están utilizando en el tratamiento de la dependencia alcohólica, pero faltan estudios que permitan conocer el potencial de estos fármacos en el alcoholismo.

M: ¿Está siguiendo algún tratamiento psicoterapéutico?

R: Se le ha incluido en el grupo terapéutico de motivación que consta de 12 sesiones dirigidas por un terapeuta (médico o psicólogo), en este grupo se intenta motivar al paciente, siguiendo el modelo transteórico de proceso del cambio de Prochaska y DiClemente¹⁸ (fig. 1) intentando trabajar desde la falta de conciencia sobre la necesidad de cambiar, la ambivalencia (acudir o no al tratamiento) hasta la consolidación del cambio siguiendo los distintos estadios para conseguir que avance en la consecución de los objetivos propuestos.

M: ¿Continuará posteriormente la ayuda psicoterapéutica?

R: Cuando acabe la fase de motivación, pasará a formar parte de los grupos de autoayuda¹⁹ formados

por alcohólicos en abstinencia. Dichos grupos están dirigidos por un moderador (alcohólico rehabilitado) ayudado a veces por un técnico (médico o psicólogo), e intentan que surjan los problemas que cada integrante pueda tener para mantener su abstinencia, se resaltan las consecuencias positivas de la abstinencia y las negativas del consumo.

M: Estos grupos intentan ayudar al paciente en: *a)* la búsqueda de estrategias de afrontamiento para romper la relación del alcohol con el ejercicio de cierta actividad (relacionarse socialmente, comer, etc.); *b)* la búsqueda de otras fuentes de refuerzo para llenar su ocio, ya que algunos pacientes al dejar de beber pueden sentir que no existe ninguna fuente de placer, lo que suele ser vivido como la existencia de un «vacío» en su vida, con manifestaciones de ansiedad o retraimiento social que pueden ser causa de recaídas; *c)* el control de los sentimientos desagradables, una de las causas de recaída es la dificultad para manejar sentimientos de agresividad, tristeza y ansiedad, de ahí que se ayude a los pacientes a identificar y tolerar estos estados afectivos, con la finalidad de procurar una reacción apropiada a éstos; *d)* la mejora de las relaciones interpersonales y del apoyo social, y *e)* mejorar el cumplimiento terapéutico.

R: Le ayudamos al mejor cumplimiento terapéutico con controles hematológicos periódicos, tanto para verificar su abstinencia como para reforzarle, mostrándole su grado de mejoría con la normalización progresiva de los marcadores biológicos, también con una frecuencia adecuada de consultas, así como buscando el apoyo familiar.

M: ¿El paciente cuenta con apoyo social?

R: Sí, sus hermanos le están apoyando, la hermana y el hermano que vive con él, le acompañarán y acudirán a los grupos de terapia para familiares (el paciente no quiere que acuda su madre debido a su edad). En estos grupos, los familiares encuentran apoyo a su situación familiar deteriorada por el consumo de alcohol de la pareja, o familiar, se intenta ayudar en la situación personal que pasan después del desgaste que supone afrontar durante años dicha situación familiar que, en muchos casos, les ha producido problemas de ansiedad, miedos e incluso en algunos momentos sentimientos de culpabilidad por no haber sido un buen hermano/madre para el hijo o por no haber actuado antes. También pueden servir como modelo para aprender a mantenerse abstinentes y para comprobar cómo se pueden afrontar los problemas sin beber.

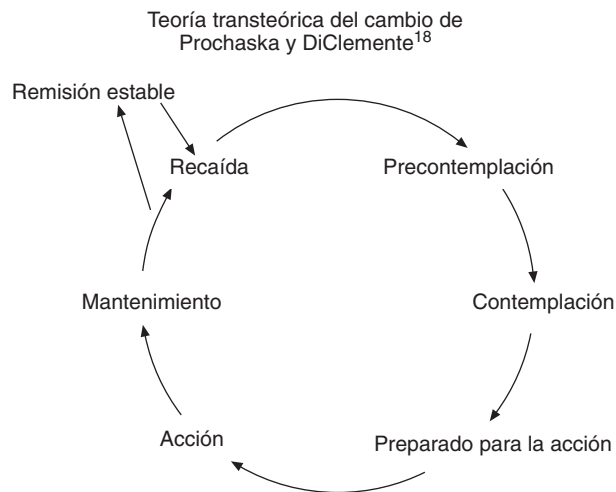


Figura 1. Modelo transteórico de motivación para el cambio de Prochaska y DiClemente¹⁸.

M: ¿Se le ha hecho algún tratamiento o recomendación sobre el consumo de las otras drogas (cannabis y cocaína)?

R: Refiere que la cocaína no va a volver a consumirla ya que lo hacía esporádicamente y sólo con ocasión de consumos excesivos de alcohol. En cuanto al

cannabis, el paciente tiene muy disminuida la percepción de riesgo para la salud de esta sustancia, refiere que intentará consumir menos. Como está en fase de contemplación, aconsejamos que siga el propósito de consumir menos y en posteriores consultas se volverá a tocar el tema y se intentará motivarlo para dejar totalmente el consumo.

Bibliografía

1. Rubio G, Martínez M. Evaluación de los problemas relacionados con el alcohol: historia clínica, instrumentos y marcadores biológicos. En: Rubio G, Santo-Domingo J, editores. Guía Práctica de Intervención en Alcoholismo. Madrid: Agencia Antidroga, Consejería de Sanidad; 2000. p. 193-211.
2. Rodríguez-Martos A, Gual A, Llopis JJ. La «unidad de bebida standard» como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. *Med Clín (Barc)*. 1999;122:446-50.
3. Rubio G, Ponce G. Conceptos básicos sobre problemas por el alcohol. En: Rubio G, Santo-Domingo J, editores. Guía Práctica de Intervención en Alcoholismo. Madrid: Agencia Antidroga, Consejería de Sanidad; 2000. p. 49-62.
4. Rodríguez-Martos A, Navarro RM, Vecino C, Pérez R. Validación de los cuestionarios KFA (CBA) Y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol*. 1986;11:132-9.
5. Rubio G, Bermejo J, Caballero MC, Santo Domingo J. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Rev Clín Esp*. 1998;198:11-4.
6. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington DC: APA; 1994.
7. OMS. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud* (10.ª revisión). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1988.
8. Rubio G, Urosa B, Santo Domingo J. Validación de la escala de la intensidad de la dependencia al alcohol (EIDA). *Psiquiatría Biológica*. 1998;5 Supl 1:44-7.
9. Rodríguez-Martos A, Suárez R. MALT (Munchner Alcoholismus Test): validación de la versión española de este test para el diagnóstico de alcoholismo. *Rev Psiquiatr Psicol Med*. 1984;16:421-32.
10. Soler PA, Insa P, San L. *Clínica del alcoholismo*. En: Freixa F, Soler PA, Insa P, editores. *Toxicomanías: un enfoque multidisciplinario*. Barcelona: Fontanella; 1981.
11. Foy A, March S, Drinkwater V. Use of an objective clinical scale in the assessment and management of alcohol withdrawal in a large general hospital. *Alcoholism: Clin Exp Res*. 1988;12:360-4.
12. Rodríguez-Martos A, Álvarez FJ. Tratamiento farmacológico en el síndrome de dependencia del alcohol. *JANO*. 1998;54:63-71.
13. Petersen EN. The Pharmacology and toxicology of disulfiram and its metabolitos. *Acta Psychiatr Scand*. 1992;86:7-13.
14. Rounsaville BJ, O'Malley S. La naltrexona en el tratamiento del alcoholismo. En: Casas M, Gutiérrez M, San L, editores. *Avances en Drogodependencias*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 1995. p. 273-98.
15. Littleton J. Acamprostate in alcohol dependence: how does it work? *Addiction*. 1995;90:1179-88.
16. Garbutt JC, West SL, Carey TS, Lohr, KN, Creus FT. Pharmacological treatment of alcohol dependence: a review of the evidence. *JAMA*. 1999;281:1318-25.
17. Book SW, Myrick H. Novel anticonvulsants in the treatment of alcoholism. *Expert Opin Investig Drugs*. 2005;14:371-6.
18. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviours. *Prog Behav Modif*. 1992;28:183-218.
19. Monrás M. Indicaciones de terapia grupal para alcohólicos. *Actas Esp Psiquiatr*. 2000;28:298-303.