



BOLETÍN DE INFORMACIÓN
FARMACOTERAPÉUTICA
DE NAVARRA

Volumen 9, nº 5 (diciembre 2001)

[Búsquedas](#)[Sumario](#)[Inicio](#)[e-mail](#)

Tratamiento farmacológico de la dependencia del alcohol

José Ramón Varo. Psiquiatra. Director del Centro de Salud Mental de Ermitagaña. Servicio Navarro de Salud

[Tratamiento farmacológico de la dependencia del alcohol](#)

[Diagnóstico](#)

[Tratamiento de la dependencia del alcohol](#)

[Conclusiones](#)

[Especialidades Farmacéuticas](#)

[Coste Tratamiento/Día](#)

[Índice artículos publicados en el Boletín de Información Farmacoterapéutica 1999-2000-2001](#)

[Bibliografía recomendada](#)

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

El consumo de alcohol per cápita va descendiendo progresivamente en nuestro medio, a lo largo de los últimos años. Sin embargo, el uso de alcohol sigue constituyendo un notable problema de salud pública y además están apareciendo nuevas formas de consumo de alcohol (nuevas para nuestra cultura más tradicional) cuyo alcance va emergiendo y presentando especiales manifestaciones y situaciones problemáticas en la sociedad, los servicios asistenciales y desde luego en la Atención Primaria. Es el caso de los jóvenes, con su característico patrón de consumo de alcohol centrado en el fin de semana u ocasiones festivas, asociación a otras drogas y a las conductas de expansión anímica, participación social, rituales de conducta e incluso alivio de tensiones y carencias.

La problemática alcohólica está, pues, presente en todos los servicios sanitarios. Pero en concreto en los Centros de Atención Primaria, la aparición de problemas por uso de alcohol es especialmente frecuente, sea en forma manifiesta o bien más o menos oculta, bajo una demanda por molestias o patologías somáticas no relacionadas directamente con el alcohol^{1,2,3}. En efecto, se ha estimado que la prevalencia de los problemas alcohólicos en las consultas de Atención Primaria alcanza cifras entre un 15 a un 20%. La prevalencia hallada en diferentes estudios ostenta diferencias, debidas a las características de la población estudiada, el método aplicado, el instrumento de detección y diagnóstico, etc. Por eso es tan importante que en este nivel asistencial se mantengan actitudes y se disponga de procedimientos eficientes de detección, diagnóstico, orientación y tratamiento, y también de prevención de estos problemas.

Los patrones de uso de alcohol por una colectividad configuran las problemáticas sociales o sanitarias que se presentarán como consecuencia. De menos a más, la abstinencia de alcohol, el consumo moderado sin riesgo, un consumo de medio o alto riesgo, hasta llegar al uso perjudicial y a la dependencia, son modos de uso de alcohol que coexisten en nuestra población.

La actual clasificación de los problemas por uso de alcohol incluye dos conceptos clave: uso perjudicial y síndrome de dependencia del alcohol. Ambos son los dos diagnósticos más frecuentes en los servicios de Atención Primaria y en los de Salud Mental (en este último caso, mucho más frecuente el síndrome de dependencia, lógicamente).

Se llama **USO PERJUDICIAL DE ALCOHOL** a una forma de consumo que (por su cantidad, frecuencia u otras circunstancias) ya está afectando a la salud física o mental (CIE 10). El DSM IV describe un concepto relacionado con el anterior, el de ABUSO DE ALCOHOL, que se define como un uso desadaptativo, que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, que se expresa por un consumo de alcohol recurrente, con incumplimiento de obligaciones en trabajo, escuela o casa, o bien consumo en circunstancias arriesgadas, con presencia de problemas sociales, interpersonales o legales.

Son dos enfoques diferentes que apuntan a un elemento común: uso disruptivo de alcohol, con problemática diversa subsiguiente. Obsérvese que la cantidad de alcohol consumida puede ser mayor o menor, pero se trata de las consecuencias que ésta produce. En un sentido preventivo, las cantidades de alcohol que no deberían sobrepasarse en condiciones normales están bien tipificadas (Anexo 1)^{4,5}. Se trata, en este apartado, de la problemática psicosocial inducida por el alcohol.

El **SÍNDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL** se caracteriza por una serie de manifestaciones:

- deseo intenso o vivencia de compulsión a consumir alcohol
- disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para evitar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo
- síntomas derivados de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduzca o cese, o consumo de alcohol para aliviar los síntomas de abstinencia
- desarrollo de tolerancia, requiriéndose un aumento de dosis para obtener los mismos efectos
- abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones
- aumento del tiempo empleado para ingerir alcohol o recuperarse de sus efectos
- persistencia en el uso de alcohol a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tanto somáticas como psiquiátricas.

El consumo de alcohol puede producir otras circunstancias clínicas: intoxicación aguda, trastorno psicótico, síndrome amnésico, demencia, trastornos afectivos, disfunción sexual, trastornos del sueño.

El **SÍNDROME DE ABSTINENCIA DEL ALCOHOL** se caracteriza por: signos de hiperactividad autonómica (sudoración, taquicardia), temblor de manos, insomnio, náuseas, vómitos, posibles alucinaciones o ilusiones, agitación, ansiedad y crisis comiciales.

[índice](#) 

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de los trastornos psiquiátricos por uso de alcohol se basa esencialmente en la entrevista clínica, que debe incluir los siguientes aspectos³:

- Pautas de consumo de alcohol: cantidad, frecuencia, tipo de bebida, momentos y contexto de la ingestión, consecuencias médicas, psiquiátricas, sociales, familiares.
- Estado de ánimo, síndromes de ansiedad o depresión acompañantes.
- Actitudes e ideas del paciente sobre la bebida, el alcohol, la enfermedad. Puntos de apoyo y resistencias, defensas.
- Algunos signos y síntomas pueden llevar a una sospecha de problema alcohólico:
 - Enfermedades con mala o atípica respuesta a tratamientos.
 - Pirosis.
 - Hipoglucemia.
 - Traumatismos frecuentes.
 - Tabaquismo, tos matinal.
 - Problemas en el sueño.
 - Náuseas y vómitos matutinos.

- Dificultades sexuales.
- Antecedentes familiares alcohólicos.

Y otros como:

- diarrea, dolores epigástricos, adelgazamiento, astenia, pequeñas hemorragias, taquicardia, hipertensión, telangiectasias, maleares, parestesias, dolores musculares, trastornos de la memoria, temblor en extremidades, trastornos de la conciencia, sudores, conflictividad familiar, social, laboral.

Además, puede complementarse la entrevista clínica con algunos cuestionarios diagnósticos. Los hay que integran las preguntas sobre alcohol en el contexto de una exploración sobre evaluación de salud en general. Otros son específicos de la problemática alcohólica. En Atención Primaria pueden ser útiles los cuestionarios de detección, algunos de ellos muy breves (CAGE), y otros dos bastante comprobados en su eficacia (AUDIT, MALT) ^{1,6}.

En el anexo 2 se describe el CAGE, muy útil en Atención Primaria por su brevedad. Este test fue validado en España por Rodríguez Martos y consta de 4 ítems, que se aconseja se incluyan en una encuesta más extensa (CAGE enmascarado). Dos o más respuestas positivas nos darán una alta probabilidad de alcoholismo. Este test es recomendable en el primer nivel asistencial, por su sencillez, rapidez de realización y capacidad de detección de pacientes con síndrome de dependencia al alcohol, pero sólo es útil para esta finalidad.

[índice](#) 

TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

ASPECTOS GENERALES

La dependencia del alcohol debe tratarse integralmente, en todas las áreas implicadas: problemas somáticos, psicopatológicos, familiares, sociales, adaptativos. Así mismo, el alcohólico debe ser tratado en diversos servicios sanitarios, en función de las vicisitudes de su evolución: hospitalarios, ambulatorios, etc.

Los servicios de psiquiatría, a los que corresponde el tratamiento especializado del síndrome de dependencia del alcohol, deben mantenerse en contacto y coordinación en primer lugar con la Atención Primaria, que tiene a menudo un papel más importante en estos casos que los servicios psiquiátricos. No hay que olvidar que con frecuencia, el alcohólico se resiste a acudir a la consulta de un psiquiatra, pero puede no plantear problemas en cuanto a consultar con su Médico de Familia.

El tratamiento de la dependencia del alcohol se delimita en fases y etapas. En primer lugar, los primeros momentos, la llamada "*fase de acogida*" es el inicio del contacto y acuerdo terapéutico, de planteamiento de objetivos, medidas y alcance del tratamiento, de iniciar una relación de confianza entre el paciente alcohólico y su médico, de la información sobre la enfermedad aportada al paciente y sus familiares y del estímulo de la motivación y la participación activa. En este momento se acuerda qué puede hacer cada uno (paciente, familiares, médico, otros) y cómo hacerlo.

Inmediatamente, se instaura el tratamiento para la *desintoxicación*. Se trata de eliminar o aliviar los síntomas de abstinencia, las secuelas más inmediatas de la intoxicación y, desde luego, del alcohol mismo. Dura entre 10 y 15 días.

Después de esta fase, inmediatamente después, debe comenzarse con la llamada de *deshabitación*. Con este término se alude a la nueva situación, en la que el paciente alcohólico debe aprender a vivir sin el recurso del alcohol y a seguir un modo de vida, de logros y de motivaciones fuera del uso de esta sustancia. Esta fase del tratamiento debe incluir la atención a la prevención de recaídas y, suele ser generalmente larga en el tiempo, si bien con diferentes grados de intensidad. Las recaídas son un hecho que nadie desea, que se intentan evitar, pero que existen y a veces son especialmente perturbadoras. Es necesario prevenirlas, pero también tratarlas e incluso saber sacar partido de ellas, utilizándolas para el aprendizaje y manejo del enfermo con respecto a su misma problemática.

Hay que tratar, además, la **patología psíquica asociada** a menudo con la problemática alcohólica: trastornos de ansiedad, depresión, insomnio, trastornos de personalidad.

Y finalmente, a lo largo de todo este proceso, es necesario mantener contacto con los **familiares/convivientes** con el paciente. A menudo, ellos manifiestan repercusiones psicopatológicas y adaptativas por el problema, o sucedidas paralelamente al mismo (depresión, cuadros de ansiedad u otros) que es conveniente tratar. Otras veces, la familia está involucrada en una red de relaciones e interacciones que pueden favorecer o incluso en otras ocasiones perjudicar la evolución del problema y la marcha de nuestro tratamiento.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

1.- Fase de Desintoxicación

Como se ha dicho, se trata de lograr la abstinencia, eliminar el alcohol minimizando los riesgos y molestias del síndrome de abstinencia y facilitar la recuperación del estado general, sentando al mismo tiempo las bases de las siguientes fases del tratamiento.

El síndrome de abstinencia debe tratarse siempre que: existan antecedentes de sintomatología de abstinencia en ocasiones anteriores, cuando existan ya síntomas de este tipo, cuando el consumo de alcohol en los últimos días haya sido importante (más de 120 g/día).

En esta fase se usan varios fármacos. Hay que tener en cuenta que el tratamiento del síndrome de abstinencia debe ser precoz e incluso debemos intentar adelantarnos a los síntomas, para evitar evoluciones más graves.

Benzodiazepinas

Son muy útiles. No está comprobada la eficacia superior de una sobre otra, aunque es mejor utilizar las de acción prolongada si se quiere evitar convulsiones y hacer el proceso menos problemático. Es conveniente evitar la sedación excesiva, sobre todo en ancianos, por lo que puede elegirse lorazepam, oxazepam, diazepam, clorazepato, bajando dosis a partir de los 8-10 días.

Clometiazol

Es un derivado de la vitamina B₁. Tiene efectos sedantes, antitremóricos, anticonvulsivantes e hipnóticos. En general, puede decirse que es un fármaco de contrastada utilidad, que muchos autores consideran de elección en este momento del tratamiento.

A pesar de que presenta algunos problemas, se ha utilizado y se sigue utilizando en forma ambulatoria. Los problemas a tener en cuenta son: depresión respiratoria (más frecuente si se asocia a benzodiazepinas), hipotensión, cierta hepatotoxicidad y, especialmente su potencial de generar tolerancia y dependencia, por lo que es aconsejable utilizarlo en tratamientos breves.

La dosis es bastante variable, comenzando por dosis altas. Hay que advertir al paciente de que no use simultáneamente alcohol.

Tetrabamato

Tiene un eficiente efecto tranquilizante y ansiolítico. No es hipnótico y no posee efectos cardiorrespiratorios. Es poco sedante. No deprime y no presenta potencial adictivo. Está indicado en casos en que exista hipotensión, problemas respiratorios o riesgo o existencia de otras drogodependencias. Especialmente indicado en casos en que en el momento de la abstinencia exista especial ansiedad, irritabilidad, excitación, temblor, agresividad e intenso impulso a beber ("craving").

Todas estas características le hacen muy eficaz en medio ambulatorio.

Tiaprída

Aunque se utiliza más a nivel hospitalario es de gran utilidad en esta fase, principalmente cuando hay agitación y sintomatología psicótica.

Otros tratamientos en la desintoxicación

Es importante cuidar la hidratación y la alimentación. En alcohólicos de antigua evolución existe con frecuencia un déficit en tiamina, por lo que es recomendable prescribirla a fin de evitar el riesgo de síndromes encefalopáticos como el de Korsakoff. En alcohólicos de evolución antigua y grave debe usarse la vía i.m.

A continuación se detallan unas pautas orientativas para el tratamiento farmacológico de la desintoxicación con los fármacos anteriormente mencionados.

Tabla 1.- Desintoxicación. Tratamiento farmacológico

DÍA	TIAPRIDA 100 mg/comp	TETRABAMATO 300 mg/comp	CLOMETIAZOL 192 mg/comp	CLORAZEPATO 15 mg/comp
1º	2-2-2	2-2-2	3-3-3	1-1-2
2º	2-2-2	2-1-2	3-2-3	1-1-2
3º	2-1-2	1-1-2	2-2-3	1-1-1
4º	2-1-2	1-1-1	2-1-2	1-1-1
5º	1-1-2	1-0-1	1-1-1	1-0-1
6º	1-1-1	1-0-1	1-0-1	1-0-1

7°	1-0-1	0-0-1	0-0-1	0-0-1
----	-------	-------	-------	-------

2.- Fase de mantenimiento y deshabitación

Los objetivos de esta fase del tratamiento son los siguientes: mantener la abstinencia, prevenir las recaídas, normalizar el estado psíquico y lograr la mejor readaptación sociolaboral y familiar del individuo. Aunque en la mayoría de pacientes que han superado la fase de desintoxicación puede ser conveniente y necesario iniciar el proceso de deshabitación, no siempre es así, pues hay personas que no manifiestan su disposición a participar en este proceso o creen que no lo necesitan. En todo caso, el inicio de esta fase debe realizarse de acuerdo con el paciente e individualizando su indicación.

Cualquier medida de tratamiento farmacológico en la fase de mantenimiento o deshabitación debe acompañarse de medidas de apoyo psiquiátrico y social. La psicoterapia individual, de grupo e incluso familiar son procedimientos que se utilizan habitualmente, con buenos resultados. En cuanto al tratamiento estrictamente farmacológico, existen varios tipos de enfoques y objetivos^{3,7,8}.

a) Interdictores (Disulfiram y Cianamida cálcica)

Son medicamentos aversivos: si se ingiere alcohol cuando se han tomado, se produce una reacción altamente desagradable, cuya perspectiva disuade al paciente de probar a consumir alcohol.

Su mecanismo de acción es la inhibición de la aldehído deshidrogenasa (ALDH), bloqueando así la metabolización del etanol.

Quando se indican estos fármacos se trata de proporcionar al paciente una especie de "apoyo externo" a su decisión de mantenerse abstinentes: sabe que una vez que tome esta medicación no puede beber, pues sentiría una serie de molestias altamente desagradables: rubefacción, taquicardia, palpitaciones, náuseas, disnea, sudoración y otros. Si el paciente ingiere grandes cantidades de alcohol, estos efectos pueden ser severos e incluso pueden causar la muerte por hipotensión, colapso o arritmias.

De esta manera, estos fármacos permiten conseguir largos períodos de abstinencia, que posibilitan obtener otros logros y otras actuaciones terapéuticas y asistenciales.

Sólo deben emplearse con una buena y veraz información al paciente, que muchas veces recibe este tratamiento como una ayuda y alivio frente a su disminución de autocontrol, y además en pacientes con una buena perspectiva de cumplimiento a medio plazo. Son más eficaces cuando hay un soporte social/familiar aceptable.

El **disulfiram** se prescribe a dosis de 1 comprimido diario, tras un mínimo de 12 horas de abstinencia alcohólica, preferiblemente al acostarse. Al ser un inhibidor irreversible, su efecto puede prolongarse hasta 7-14 días después de haber interrumpido su administración.

Tiene interacciones con hidantoínas, haloperidol, sulfonilureas, warfarina, isoniazidas, antidepresivos tricíclicos, antihistamínicos, alfa y beta bloqueantes, diazepam y clordiazepóxido. Está contraindicado en psicosis, enfermedades cardiovasculares, epilepsia, insuficiencia renal, enfermedades cerebrovasculares, embarazo. Se debe administrar con precaución en presencia de problemas hepáticos, diabetes, hipotiroidismo y cuando exista alteración de la función renal.

La **cianamida cálcica (carbimida cálcica)** tiene un efecto de menor duración que disulfiram, por lo que debe indicarse una dosis total de 50 mg/día en 2 o 3 tomas. Deben tenerse en cuenta las mismas precauciones de disulfiram y que tiene un posible efecto antitiroideo.

El ideal es mantener el tratamiento por tiempo relativamente largo (más de 1 año) y acompañarlo de apoyo médico, psicológico y socio-familiar.

b) Fármacos que inhiben el impulso/deseo de beber

Acamprosato (acetilhomotaurinato)

No es del todo conocido su mecanismo de acción, pero se sabe que inhibe el impulso a beber inhibiendo la hiperexcitabilidad neuronal, antagonizando la actividad de aminoácidos excitadores, especialmente glutamato, sobre receptores N-metil D-aspartato (NMDA). Se pensaba que estabilizaba también la actividad del ácido gamma-aminobutírico (GABA). Estos sistemas están involucrados en las manifestaciones del síndrome de dependencia del alcohol. El tratamiento debe establecerse en cuanto termine el periodo de desintoxicación y perdurar durante al menos un año. La dosis recomendada es de 1998 mg/ día (el comprimido está dosificado, lamentablemente, a 333 mg, con lo que el paciente debe tomar 6 comprimidos por día). No produce "aversión" por el alcohol, ni bloquea sus efectos gratificantes, pero tampoco interfiere con su consumo.

Naltrexona

Aunque el objetivo del tratamiento con este fármaco es el mismo del anterior (mantener la abstinencia y prevenir recaídas), su modo de acción es muy distinto. Se acopla a receptores opioides, bloqueando la acción de los opioides endógenos. De esta manera, inhibe el

efecto psicoactivo (recompensa, gratificación) del uso de etanol, ya que su ingesta libera opioides endógenos. La dosis media es de 50 mg/día. Se puede instaurar el tratamiento aunque el paciente esté bebiendo y debe mantenerse durante unos 12 meses.

Tiaprida

También se ha utilizado para ayuda en el mantenimiento de la abstinencia, a dosis de 300 mg/día, aunque su acción es inespecífica. Bloquea el efecto dopaminérgico propio de algunas sustancias de abuso, al ser un antagonista específico de receptores D₂.

c) Eutimizantes

Anteriormente se ha propuesto con más intensidad el uso de estos fármacos, especialmente carbonato de litio. Ahora tienden a usarse menos, pues existen pocas evidencias de su eficacia sobre la dependencia del alcohol como síndrome específico y los resultados a este respecto son menos concluyentes de lo que se esperaba^{7,8}. Siguen utilizándose, claro está, en casos de comorbilidad del síndrome de dependencia del alcohol con trastornos afectivos, esquizoafectivos, de personalidad y otros. Pero se intenta también con ellos actuar sobre el descontrol impulsivo asociado a la conducta alcohólica y otras.

d) Coadyuvantes, tratamiento de la comorbilidad asociada

La frecuencia de los trastornos de ansiedad, depresivos, psicóticos y otros en la dependencia del alcohol, hace necesario el correcto diagnóstico y tratamiento de estos síndromes. En primer lugar, obviamente, por aliviar el sufrimiento añadido del paciente. Pero además, el logro del mejor equilibrio psíquico posible disminuirá el riesgo de recaídas.

Se utilizan ansiolíticos en caso de ansiedad e insomnio, debiendo tener en cuenta la posible tolerancia cruzada entre benzodiazepinas y alcohol. El uso de estos fármacos debería ser pautado en periodos breves e intermitentes.

Para el tratamiento de la depresión en el alcohólico, hay que tener en cuenta que, siendo frecuente tras la abstinencia o durante el alcoholismo activo los síntomas depresivos, su mejoría espontánea se produce a menudo también en el curso de pocas semanas después de dejar de beber. Si esta mejoría no se produce, debe tratarse la depresión, principalmente con inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), venlafaxina u otros, a las dosis habitualmente recomendadas. Pero además, se ha postulado que los ISRS disminuyen el deseo de beber, reduciendo el consumo, quizá hasta el 30% de la ingestión, pero sobre todo en consumidores moderados de alcohol. Algunos problemas metodológicos disminuyen la seguridad en los resultados de los estudios de estos medicamentos a este respecto.

e) Otros fármacos

Se han estudiado también otros fármacos, con resultados poco claros por el momento: buspirona, ritanserina, ondansetrón, antipsicóticos atípicos (estos últimos con algún resultado prometedor).

índice 

CONCLUSIONES

- El consumo de alcohol constituye un notable problema de salud pública. Se ha estimado que la prevalencia de los problemas alcohólicos en las consultas de Atención Primaria alcanza cifras entre un 15 – 20%.
- Uso perjudicial y Síndrome de dependencia del alcohol son dos conceptos claves en la clasificación actual de los problemas por uso de alcohol.
- El tratamiento de la dependencia del alcohol debe realizarse integralmente, en todas las áreas implicadas: problemas somáticos, psicopatológicos, familiares, sociales y adaptativos.
- Los tratamientos farmacológicos disponibles tienen un papel importante tanto en la desintoxicación como en la deshabituación y deben acompañarse siempre de medidas de apoyo psicológico y social.
- La Atención Primaria tiene un papel clave en la detección de los problemas relacionados con el consumo de alcohol y en la instauración de los tratamientos farmacológicos de desintoxicación y deshabituación en coordinación con los Servicios de Psiquiatría.

Anexo 1.

Criterios del programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS) para la detección de bebedores excesivos

	Consumo diario (**)		Consumo semanal (**)	
	Gramos	Unidades (*)	Gramos	Unidades (*)
Varones	40	5	280	35
Mujeres	24	3	168	21

(*) Unidad=8 gramos de alcohol puro

(**) Se entiende que no deben sobrepasar estas cantidades

Cálculo del contenido de Alcohol en unidades y gramos:

Bebida	Volumen	Nº de Unidades	Gramos
Vino	1 Vaso (100 ml)	1	8
	1 Litro	10	80
Cerveza	1 Caña (200 ml)	1	8
	1 Litro	5	40
Copas	1 Copa (50 ml)	2	16
	1 Carajillo (25 ml)	1	8
	1 Combinado (50 ml)	2	2
	1 Litro	40	320
Generosos (Jerez, cava, vermut)	1 Copa (50 ml)	1	8
	1 Vermut (100 ml)	2	16
	1 Litro	20	160

Anexo2. Test de CAGE

- ¿ Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?
SÍ/NO
- ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?
SÍ/NO
- ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
SÍ/NO
- ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?
SÍ/NO

Principio Activo	Especialidad Farmacéutica	PVP (pts)
Clorazepato	Tranxilium 15 mg 20 cápsulas	335
Clometiazol	Distraneurine 192 mg 30 cápsulas	649
Tetrabamato	Sevrium 300 mg 40 comprimidos	1.100
Tiaprida	Tiaprizal 100 mg 24 comprimidos	544
Disulfiram	Antabus 250 mg 40 comprimidos	607
Cianamida cálcica	Colme 60 mg/ml 15 ml gotas	327
	Colme 60 mg/ml 60 ml gotas	596
Acamprosato	Campral 333 mg 84 comprimidos	5192
	Zulex 333 mg 84 comprimidos	5231
Naltrexona	Antaxone 25 mg 14 cápsulas	3.897
	Antaxone 50 mg 14 cápsulas	7.318
	Antaxone 50 mg 28 cápsulas	12.715
	Antaxone 50 mg 14 frascos	7.539
	Celupan 50 mg 14 comprimidos	8.118
	Celupan 50 mg 28 comprimidos	14.106
	Revia 50 mg 14 comprimidos	7.783
	Revia 50 mg 28 comprimidos	14.106

Los principios activos que se citan en esta tabla son los que se usan más específicamente en el tratamiento de problemas alcohólicos.

[índice](#) 

COSTE TRATAMIENTO/DÍA

Principio Activo	Dosis Diaria Recomendada (mg)	Coste/tratamiento/día (pts)
Disulfiram	250	15
Cianamida cálcica	50	8
Acamprosato	1998	371
Naltrexona	50	454
Tiapride	300	68

Se señala el coste/tratamiento/día con las Dosis Diarias Recomendadas de los tratamientos de deshabituación y mantenimiento.

[índice](#) 

ÍNDICE ARTÍCULOS PUBLICADOS EN EL BOLETÍN DE INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA - 1999-2000-2001

AÑO 1999: Volumen 4

- N° 1: Antidiabéticos orales.
- N° 2: Tratamiento tópico de las úlceras por presión. Rivastigmina
- N° 3: Hipertensión Arterial. Encuesta de actitudes en atención primaria y análisis del consumo de antihipertensivos en Navarra (1993-1998)
- N° 4: Bases del tratamiento del paciente con asma bronquial en Atención Primaria

AÑO 2000: Volumen 5

- N° 1: Aspectos prácticos sobre la anticoagulación oral.
- N° 2: Tratamiento de la migraña.
- N° 3: Promoción de medicamentos. Principios activos comercializados en España en 1998 y 1999.
- N° 4: Antagonistas de los receptores de angiotensina (Ara-II). Cambio de presentación de aspirina microencapsulada (Adiro)
- N° 5: Actualización en el tratamiento de la hipercolesterolemia, implicaciones clínicas.

AÑO 2001: Volumen 6

- N° 1: Antihistamínicos H₁ de segunda generación.
- N° 2: Corticoides tópicos.
- N° 3: El tratamiento de la dependencia del tabaco.
- N° 4: Doxazosina en el tratamiento de la hipertensión. Recomendaciones sobre suplementación con Ácido Fólico para la prevención de defectos del tubo neural. Principios activos comercializados en España en el año 2000.
- N° 5: Tratamiento farmacológico de la dependencia del alcohol.

[Subir](#)[Búsquedas](#)[Sumario](#)[Inicio](#)[e-mail](#)