

■ ARTÍCULO ORIGINAL

## MANEJO DEL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO DE LAS ADICCIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA

*Prof. Dr. J. A. Sánchez Pérez*  
Médico, Máster en Drogodependencias  
Director del Centro de Tratamiento de Adicciones de San Fernando (Cádiz)

■ AGENDA

■ EN BREVE...

■ ARTÍCULO ORIGINAL

## Manejo del tratamiento psicofarmacológico de las adicciones en atención primaria

Son los Centros de Tratamiento de Adicciones, conocidos con diversas siglas según las distintas comunidades autónomas (CTA, CAD, CAT, CPD, UCA, etc.) donde habitualmente se tratan las drogodependencias, el alcoholismo y las conductas adictivas desde los ámbitos médico, psicológico y social.

Estos centros nacieron en los años 80 coincidiendo con la epidemia de heroína en España como una respuesta a la alarma social provocada por la delincuencia, los problemas de salud, y los graves trastornos familiares y sociales que ocasionaron.

(Continúa pág. 2) ►►►



■ EN BREVE...

### UN ESTUDIO BRITÁNICO DEMUESTRA LAS VENTAJAS DE INTERNET PARA LA TERAPIA DE ALGUNAS ENFERMEDADES MENTALES

Una investigación recientemente publicada en la revista on line «BMC Psychiatry» y dirigida por el doctor John Powell, de la Universidad de Higiene y Medicina Tropical de Londres, demuestra que muchos de los afectados por depresión que no reciben tratamiento o que no están diagnosticados buscan información sobre su enfermedad en páginas de Internet en las que trabajan especialistas en la materia. Los datos obtenidos en este estudio evidencian las ventajas de la Red para la terapia de algunas enfermedades mentales.

Para elaborar este trabajo, realizado en Austria, Dinamarca, Alemania, Noruega, Reino Unido y Suecia, los autores ofrecieron durante cuatro semanas a los internautas un cuestionario. Los resultados obtenidos revelaron que un 52,6% de los usuarios masculinos y un 51,4% de las mujeres padecía depresión. Pero la conclusión más relevante fue que un gran número de ellos sufría un abandono terapéutico ya que un 49% no tomaba ningún fármaco ni recibía psicoterapia y, de todos ellos, un 35% no había consultado con un profesional sanitario en el último año.

(Más breves en pág. 8) ►►►

Salud Global®-Salud Mental es un producto de

**Salud Global®**



C. I. Venecia-2. Edificio Alfa III - Planta 5ª Oficina 160  
Isabel Colbrand, 10. 28050 Madrid - Tel.: 91 358 86 57 - Fax: 91 358 90 67

[www.grupoaulamedica.com](http://www.grupoaulamedica.com)

Con la colaboración de



Almirall Prodesfarma  
S.V.P.: 269-R-CM

Depósito Legal: M-46657-2003

# Manejo del tratamiento psicofarmacológico de las adicciones en atención primaria

J. A. SÁNCHEZ PÉREZ

Médico, Máster en Drogodependencias. Director del Centro de Tratamiento de Adicciones de San Fernando (Cádiz)

La incapacidad para el abordaje de este problema y el desconocimiento en aquella fecha por parte de los médicos de cabecera y especialistas de entonces, que carecían de la formación adecuada para tratar esta patología, dio lugar a la creación de los centros específicos de tratamiento de las drogodependencias.

Los Centros de Tratamiento de Adicciones son servicios altamente especializados en el tratamiento ambulatorio de las conductas adictivas y drogodependencias y donde se abordan estos complejos problemas desde todas las perspectivas, derivándose además a centros de internamiento a aquellos pacientes en los que el planteamiento del tratamiento ambulatorio no es posible.

Desde la atención primaria se pueden y se deben atender no obstante los casos menos complejos para los que el médico debe conocer tanto las pautas farmacológicas como las técnicas de aconsejamiento terapéutico intervenciones breves y entrevista motivacional.

Las drogodependencias actualmente se definen como enfermedades crónicas y recidivantes. El paciente puede conseguir la abstinencia pero no la curación. Un adicto lo es para toda la vida aunque se conocen casos de curación espontánea, lo habitual es que si se prueba la sustancia, el descontrol y la recaída se producen incluso al cabo de muchos años de abstinencia. El objetivo principal es conseguir que los períodos de abstinencia sean lo más largos posibles, si es posible, toda la vida.

A los médicos nos compete conocer los tratamientos farmacológicos más eficaces que se usan actualmente en adicciones tanto en la desintoxicación como en la deshabituación para tratar cualquier tipo de adicción y conocer además técnicas de entrevista motivacional y de aconsejamiento terapéutico

e intervenciones breves muy eficaces para motivar al paciente y conseguir con intervenciones continuadas prevenir las recídas y por tanto una prolongada abstinencia.

La cocaína, el alcohol, la heroína, el hachís, las drogas de síntesis, la ludopatía, la nicotina, etc., son problemas actuales que afectan a todos los estratos sociales y debemos dar una respuesta con conocimiento de causa tanto al paciente como a sus familiares dada la gran angustia que provoca esta patología. El médico de atención primaria de salud, si decide atender el caso, debe conocer las pautas de tratamiento farmacológico usadas.

Es objeto de este artículo resumir normas generales de tratamiento y recopilar las pautas farmacológicas de desintoxicación ambulatoria de las distintas drogas y los fármacos empleados en la deshabituación.

## NORMAS GENERALES EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Si un médico de atención primaria decide no derivar a centro especializado y asumir el caso, lo primero que debe saber es que la atención al drogodependiente le va a ocupar más tiempo que el que emplea probablemente en cualquier otra actividad terapéutica.

Los pacientes susceptibles de ser tratados en centros de atención primaria deberían cumplir los siguientes requisitos:

- Buena Motivación.
- Poca Intensidad de consumo.
- Poca Antigüedad en el consumo.
- Buen Apoyo Familiar.
- Buen Apoyo Social.
- Dependencia no complicada.
- No presencia de patología psiquiátrica.

El médico debe explorar si el paciente que consume la sustancia está autotratándose alguna patología psicológica preexistente (teoría de la automedicación). Un ejemplo que se da con mucha frecuencia es el de la persona que acaba siendo alcohólica porque usa el alcohol como tranquilizante en el contexto de un trastorno de ansiedad.

La negociación terapéutica es muy importante en el terreno de las drogodependencias. Debemos aprender a analizar la demanda del enfermo y devolver una respuesta terapéutica en forma de tratamiento concreto que pueda ser aceptado y no impuesto. Difícilmente vamos a poder tratar a pacientes que no desean el tratamiento que le estamos ofreciendo.

Derivar a centros de atención especializados en caso de:

- Dependencia complicada (Polidependencias).
- Grandes consumidores.
- Consumidores Inveterados.
- Patología Dual.
- Poca o nula motivación.
- Falta de apoyo familiar.
- Falta de apoyo social.

*Las drogodependencias, actualmente, se definen como enfermedades crónicas y recidivantes*

## FÁRMACOS UTILIZADOS EN LA ADICCIÓN A HEROÍNA

### Desintoxicación ambulatoria

Este período dura entre siete y diez días. Un paciente motivado no suele tener ningún tipo de problemas ni sintomatología de abstinencia con los fármacos que disponemos a excepción del craving (deseo intenso de consumir). En la persona adicta a heroína este proceso de desintoxicación tiene relativamente poca importancia en comparación con las terapias de deshabitación, mucho más largas y donde cuesta más esfuerzo a veces dominar el craving que en la desintoxicación propiamente dicha.

Antes de comenzar el tratamiento, si el paciente está consumiendo mucha cantidad debemos aconsejar que reduzca el consumo lo máximo posible y si la vía que utiliza es la intravenosa debe cambiarla por la vía fumada. Es bueno fijar un día para comenzar el tratamiento que no tiene por qué ser inmediato, sobre todo si el paciente debe reducir el consumo. No se recomienda comenzar el tratamiento ambulatorio si el paciente está consumiendo más de medio gramo de heroína diario. Las pautas más recomendables y más fáciles de manejar son las realizadas con agonistas.

### Pautas

*Buprenorfina Sublingual (Pauta de 2 envases de 20 comp. de Buprex®):*

|       |       |
|-------|-------|
| Día 1 | 2-2-3 |
| Día 2 | 3-2-2 |
| Día 3 | 2-2-2 |
| Día 4 | 2-1-2 |
| Día 5 | 2-1-2 |
| Día 6 | 2-1-1 |
| Día 7 | 1-1-1 |
| Día 8 | 1-0-1 |
| Día 9 | 0-0-1 |

**NOTA:** La Buprenorfina se administra vía sublingual. Es un agonista parcial que se usa también en programas de mantenimiento con sustitutivos de opiáceos con buenos resultados.

*Dextropropoxifeno (Pauta de tres envases de Deprancol A. S.® caps.):*

|       |       |
|-------|-------|
| Día 1 | 2-2-2 |
| Día 2 | 2-1-2 |
| Día 3 | 2-1-1 |
| Día 4 | 1-1-1 |
| Día 5 | 1-1-1 |
| Día 6 | 1-0-1 |
| Día 7 | 1-0-0 |
| Día 8 | 1-0-0 |
| Día 9 | 0-0-1 |

*Dihidrocodeína (Pauta de un envase de Contugesic® 60 mg 60 comp.):*

|       |       |
|-------|-------|
| Día 1 | 3-3-3 |
| Día 2 | 3-2-3 |
| Día 3 | 3-2-2 |
| Día 4 | 2-2-2 |
| Día 5 | 2-1-2 |
| Día 6 | 2-1-1 |
| Día 7 | 1-1-1 |
| Día 8 | 1-0-1 |
| Día 9 | 0-0-1 |

*Metadona (Metasedin®)* (La prescripción de metadona está sometida a legislación específica. Se usa más en la deshabitación dentro de un programa de mantenimiento que como fármaco para la desintoxicación).

*El período de desintoxicación a heroína dura entre siete y diez días*

Para la desintoxicación se utiliza Metasedin® en comprimidos de 5 mg y la pauta depende del consumo. Para consumos bajos de heroína podemos emplear la siguiente pauta con un envase de 20 comprimidos:

|        |      |      |     |
|--------|------|------|-----|
| Día 1  | 1-   | 1-   | 1   |
| Día 2  | 1-   | 1-   | 1   |
| Día 3  | 1-   | 1/2- | 1   |
| Día 4  | 1-   | 1/2- | 1/2 |
| Día 5  | 1-   | 1/2- | 1/2 |
| Día 6  | 1/2- | 1/2- | 1/2 |
| Día 7  | 1/2- | 1/2- | 1/2 |
| Día 8  | 1/2- | 1/2- | 1/2 |
| Día 9  | 1/2- | 0-   | 1/2 |
| Día 10 | 1/2- | 0-   | 1/2 |
| Día 11 | 1/2- | 0-   | 0   |
| Día 12 | 0-   | 0-   | 1/2 |

En todas estas pautas con agonistas, para paliar el insomnio y la ansiedad acompañante al síndrome de abstinencia debemos añadir una benzodiacepina de vida media larga como por ejemplo diacepám 10 a 25 mg 0-0-1 o clorazepato dipotásico (Tranxilium®) 15 a 50 mg 0-0-1 o Clonazepam 1 a 2

mg (Rivotril®) 0-0-1 que disminuirnos progresivamente en 15 ó 20 días. A veces debemos pautarla también durante el día para controlar la ansiedad. No debemos ser rácanos al prescribir benzodiacepinas a una dosis mayor durante este primer período de tratamiento. El insomnio posterior a la desintoxicación casi siempre dura dos o tres semanas más y suele ser resistente a los hipnóticos. Hay que explicar al paciente que dicho insomnio irá desapareciendo poco a poco (en unas dos semanas después de la última toma del opiáceo), y con la benzodiacepina prescrita suele ser suficiente. A veces hay insomnios resistentes que se pueden tratar con antidepresivos con acción antihistamínica sedativa como la Trazodona (Deprax®) 100 mg 0-0-1 o Mirtazapina (Vastat®) 30 mg 0-0-1.

Los agonistas alfa-2 presinápticos como la clonidina (Catapresan®) pueden formar parte de estas pautas de desintoxicación pero por los efectos indeseables es mejor no usarla en las desintoxicaciones ambulatorias.

Antes se utilizaban neurolepticos clásicos como la levomepromacina (Sinogán®) que han caído en desuso porque no hay datos científicos que apoyen su utilización y porque este grupo de paciente es particularmente sensible a los efectos adversos de los neurolepticos. Determinados autores postulan que los neurolepticos atípicos podrían ser de utilidad.

### Las desintoxicaciones rápidas

Incluyen a la naltrexona como fármaco inductor de un síndrome de abstinencia agudo que se trata con clonidina (Catapresan®) y tratamiento sintomático (antieméticos, diacepam, midazolám, analgésicos no opiáceos etcétera). Aunque los centros especializados las realizan, no son recomendables para la práctica ambulatoria por la cantidad de cuidados que necesita el paciente.

## DESHABITUACIÓN DE HEROÍNA

### Naltrexona

Se utiliza a dosis de 50 mg día en pacientes bien motivados hacia la abstinencia. Es un antagonista de los opiáceos que bloquea dichos receptores impidiendo que éstos hagan su efecto reforzador positivo, así, si el paciente

consumiera heroína no notaría los efectos de la droga con lo cual se pretende extinguir la conducta de autoadministración de opiáceos. Antes de iniciar el tratamiento debemos verificar que el paciente se encuentra abstinentes. Para ello se recomienda administrar dos ampollas subcutáneas de naloxona (prueba de naloxona). Si esta prueba no desencadena síntomas de abstinencia, administraremos 25 mg de naltrexona y mantenemos al paciente en observación. Al cabo de una hora si permanece asintomático administramos otros 25 mg y a partir del día siguiente prescribimos 50 mg/día en una sola dosis.

La naltrexona está indicada en pacientes con buena aceptación del tratamiento, historia de corta dependencia, ausencia de patología psiquiátrica grave, buena integración social y familiar. La naltrexona se metaboliza vía hepática, se recomienda la realización de pruebas hepáticas y si los valores de transaminasas triplican los valores normales, se aconseja interrumpir el tratamiento.

Está contraindicada en el embarazo, en la insuficiencia hepática y en la hepatitis aguda.

El tiempo mínimo de tratamiento no debería ser inferior a seis meses salvo excepciones.

## Metadona

Es sin lugar a dudas el tratamiento de elección en la mayoría de los adictos a opiáceos. Se prescribe por los centros de drogodependencias dentro de un programa de deshabituación biopsicosocial más amplio. Es un fármaco seguro y manejable que no se prescribe desde la atención primaria por ahora. El mecanismo de acción es parecido al de la naltrexona pero en vez de por bloqueo, por saturación de los receptores opioides. Tiene además la gran ventaja de que evita la aparición del craving de heroína cuando está bien dosificada, y la gran desventaja de que en un contexto no psicoterapéutico favorece la aparición de abuso y dependencia de otras sustancias no opioides como la cocaína, el alcohol y las benzodiazepinas.

Se recomienda comenzar el tratamiento con dosis no mayores de 20 a 40 mg/día. Las dosis eficaces se suelen encontrar en un rango entre 40 y 120 mg aunque hay metabolizadores rápidos que necesitarán 400 o más mg y pacientes que son capaces de mantenerse con dosis de 20 mg o menos.

El programa de metadona suele prolongarse tanto como dure la terapia psicológica y social del paciente (normalmente no menos de 2 a 4 años), aunque debemos reconocer que hay pacientes que la necesitarán de por vida porque nunca superan su adicción biológica a los opiáceos. La reducción se debe hacer lentamente no más de un 10% de la dosis cada 1 ó 2 semanas.

El embarazo es una indicación específica de programa de metadona.

## Fármacos coadyuvantes

Los antidepresivos son los fármacos más usados tanto para la ansiedad como para los síntomas anhedónicos, e incluso para disminuir el craving.

## FÁRMACOS UTILIZADOS EN LA ADICCIÓN A COCAÍNA

### Desintoxicación/deshabitación

No existe una pauta concreta de eficacia contrastada, debemos individualizarla en función del paciente, la cantidad y el patrón de consumo etc. Algunos autores cuestionan la existencia de un síndrome de abstinencia como tal.

### Antidepresivos

El consumo crónico de cocaína provoca un déficit de dopamina, noradrenalina y serotonina. Los antidepresivos, bloquean la recaptación de dichos neurotransmisores. Son útiles para reducir el craving y para prevenir y tratar síndromes depresivos posteriores al cese del consumo.

La Venlafaxina (Dobupal®) antidepresivo de amplio espectro y de fácil manejo, se muestra eficaz en la práctica a dosis de 225-300 mg/día en principio en tres dosis de 75 mg en inducción progresiva: 1-0-0 durante cuatro días 1-0-1, los cuatro días siguientes, y a partir del noveno día 1-1-1. Más adelante utilizaremos la forma retard (más cómoda) de 150 mg en dos tomas 1-0-1 con lo que llegaríamos a la dosis de 300 mg/día.

Los antidepresivos ISRS más indicados en la adicción a cocaína serían los menos sedativos: Fluoxetina (Prozac®, Adofen®) 40-60 mg/día; y Citalopram (Prisdal®, Seropram®) 40-60 mg/día,

en ambos casos comenzaremos con 20 mg/día aumentando la dosis cada cuatro días hasta los 60 mg/día.

### Antipsicóticos atípicos

La olanzapina (Zyprexa®) a dosis de 10-20 mg/día y la risperidona (Risperdal®) a dosis de 3-6 mg/día pueden ser muy útiles para controlar el craving sobre todo las primeras 2-4 semanas. La continuidad de dicho tratamiento dependerá de las características del paciente.

### Benzodiazepinas

Prescribiremos siempre las de vida media larga: Clonazepam (Rivotril®), Diazepam o Clorazepato Dipotásico (Tranxilium®). Siempre en función de la sintomatología ansiosa que presente el paciente. Posteriormente las reduciremos en tres-cuatro semanas.

En el proceso de deshabituación iremos ajustando estos fármacos en función de la sintomatología y de la necesidad de tratar alteraciones psicopatológicas concomitantes.

### Disulfiram

Hay que tener en cuenta que el consumo de alcohol está frecuentemente ligado al de cocaína. El alcohol actúa como inductor del craving de cocaína. Además el disulfiram *per se* disminuye el consumo de cocaína según algunos estudios. La pauta es la misma que se emplea en el alcoholismo.

## FÁRMACOS UTILIZADOS EN LA ADICCIÓN A LAS BENZODIAZEPINAS

### Desintoxicación/deshabitación

Debemos distinguir entre los usuarios «legales» de sedantes que usan dosis similares a las terapéuticas y los que presentan un perfil toxicómano que usan dosis muy altas y con frecuencia asociadas a otros tóxicos.

En los usuarios «legales» puede ser posible una reducción lenta de no más del 10 al 20% cada 2 semanas y plantear estrategias terapéuticas alternativas para la psicopatología de base, normalmente antidepresivos ISRS y psicoterapia.

En los usuarios con perfil toxicómano lo tenemos más complicado, a veces es posible la reducción progresiva con pautas decrecientes previa sustitución por Benzodiazepinas de vida media larga (Clonazepam, Diazepam, Clorazepato Dipotásico). Pero cuando esto no es posible, tenemos que plantearnos o el ingreso largo en una comunidad terapéutica, o el tratamiento de mantenimiento con dosis altas en espera de que sea posible motivar al paciente para sustituir la benzodiazepina por otro tratamiento más adecuado. En pacientes con graves patologías orgánicas y adictivas el tratamiento de mantenimiento es de por vida. Las Benzodiazepinas por sí solas son fármacos seguros. En 1960 se sintetizó el clordiazepóxido y en 1964 el diazepam. Hay pacientes en tratamiento que las toman hace más de 30 años. Las sobredosis se dan casi siempre cuando se mezclan con alcohol u otros psicofármacos. A la larga no se ha demostrado que produzcan efectos indeseables graves.

El tratamiento del síndrome de abstinencia consiste en administrar benzodiazepinas de vida media larga en pauta descendente lenta (no menos de tres semanas). Otros fármacos que se han ensayado como la carbamazepina o la buspirona no han tenido éxito.

### FÁRMACOS UTILIZADOS EN LA ADICCIÓN A ANFETAMINAS Y SIMILARES (ANFETAMINAS SUSTITUIDAS O DROGAS DE SÍNTESIS)

#### Desintoxicación/deshabitación

Tampoco existe una pauta concreta como ocurre con la cocaína. Los fármacos de elección serían los antidepresivos aunque no existen datos concluyentes a favor de un tratamiento u otro. Debemos individualizar el tratamiento en función de la sintomatología.

Las anfetaminas actúan también provocando una depreción de neurotransmisores aunque de manera distinta a la de la cocaína. Podemos usar la misma pauta con antidepresivos descrita anteriormente para la cocaína:

#### Antidepresivos

Venlafaxina (Dobupal®) a dosis de 225-300 mg/día en principio en tres dosis de 75 mg en inducción progresiva: 1-



0-0 durante cuatro días 1-0-1, los cuatro días siguientes a partir del noveno día 1-1-1. Más adelante utilizaremos la forma retard (más cómoda) de 150 mg en dos tomas 1-0-1. Fluoxetina (Prozac®, Adofen®) 40-60 mg/día; y Citalopram (Prisdal®, Seropram®) 40-60 mg/día, haciendo también una inducción progresiva.

#### Benzodiazepinas

Las de semivida larga: Clonazepam, Diazepam o Clorazepato Dipotásico. Siempre en función de la sintomatología ansiosa que presente el paciente. Posteriormente las reduciremos en tres-cuatro semanas.

En el proceso de deshabitación iremos ajustando estos fármacos en función de la sintomatología y de la necesidad de tratar alteraciones psicopatológicas concomitantes.

### FÁRMACOS UTILIZADOS EN LA ADICCIÓN A ALUCINÓGENOS Y SIMILARES (LSD, MESCALINA, PSILOCIBINA, PCP, ETC.)

#### Desintoxicación/deshabitación

No existe ninguna pauta concreta para el tratamiento de estas adicciones por otra parte infrecuentes en nuestro medio. Los fármacos se utilizan en función de la sintomatología y la idiosincrasia del paciente. Pueden ser de utilidad en estas adicciones los fármacos antipsicóticos, los antidepresivos y las benzodiazepinas.

### FÁRMACOS UTILIZADOS EN LA ADICCIÓN A CANNABIS

#### Desintoxicación

Después de semanas de consumo elevado, la interrupción brusca puede provocar irritabilidad, ansiedad, insomnio, temblor, anorexia con pérdida leve de peso y craving. Los síntomas que se presentan van a depender de la idiosincrasia personal y del tipo de uso previo que hacía el paciente de la droga.

El tratamiento del síndrome de abstinencia es sintomático y aunque no existen recomendaciones terapéuticas específicas, se utilizan los ansiolíticos y los antidepresivos (ISRS e IRNA).

#### Deshabitación

En la deshabitación se utilizan así mismo los ansiolíticos y antidepresivos en función de la sintomatología del paciente.

### FÁRMACOS UTILIZADOS EN LA ADICCIÓN A NICOTINA

#### Desintoxicación/deshabitación

#### Bupropion y Terapia sustitutiva con Nicotina

El Bupropion es un antidepresivo, agonista dopaminérgico, bastante eficaz en la práctica para reducir el cra-

ving y facilitar la cesación tabáquica. Combinado con la terapia sustitutiva con Nicotina, es el tratamiento farmacológico más eficaz del que disponemos actualmente, teniendo en cuenta como es habitual en drogodependencias que la terapia farmacológica debe ir acompañada siempre por psicoterapia de apoyo.

La pauta que en la práctica se muestra más eficaz es comenzar con Bupropion (Zyntabac®) 1 comprimido de 150 mg por la mañana cuando el paciente es aún fumador activo y al quinto día se aumenta la dosis a 1 comprimido por la mañana y otro por la noche. Se recomienda fijar una fecha para dejar de fumar en la segunda semana de tratamiento, entre el 10º y el 14º día. El día elegido para el cese del consumo, se inicia la terapia sustitutiva con Nicotina con parches de 30 mg durante 14 días, parches de 20 mg otros 14 días y finalizamos con parches de 10 mg otros 14 días más. En grandes fumadores probablemente tendremos que complementar los parches con comprimidos de nicotina para los picos de craving que se pueden producir. El tratamiento con Bupropion debe durar 2-3 meses y luego hacer una pauta de reducción gradual.

Los tranquilizantes solo tienen utilidad en pacientes con patología ansiosa.

### FÁRMACOS UTILIZADOS EN LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES (LUDOPATÍAS, COMPRAS COMPULSIVAS, ADICCIÓN AL SEXO, ADICCIÓN A VIDEOJUEGOS, INTERNET ETC.)

Todas tienen como núcleo psicopatológico de la adicción un trastorno del control de los impulsos que debe ser tratado.

El tratamiento de los trastornos del control de los impulsos consiste en psicoterapia y fármacos que reducen la impulsividad, como los inhibidores de la recaptación de la serotonina, especialmente la Fluvoxamina (Dumirox®) en dosis de 100 mg/día la primera semana y posteriormente 200 mg/día. Obviamente el tratamiento hay que individualizarlo. En personas con ansiedad e insomnio 5-15 mg diarios de clorazepato.

La naltrexona (Antaxone®, Revia®) también se usa en estas adicciones y actúa inhibiendo la transmisión dopa-

minérgica en el núcleo accumbens, modulando de esta manera las vías dopaminérgicas que parecen estar involucradas en la patogénesis de los desórdenes adictivos.

### FÁRMACOS UTILIZADOS EN LA ADICCIÓN A ALCOHOL

#### Desintoxicación

La desintoxicación de alcohol no suele durar más allá de los 10 días. Con las pautas habituales, lo normal es que no haya peligro en el tratamiento ambulatorio, solo un 10-20% de los pacientes necesitan hospitalización, pero debemos tener en cuenta que el síndrome de abstinencia de alcohol puede ser grave; si no se trata, incluso mortal. Este extremo sólo se da en los síndromes de abstinencia de alcohol y en el de barbitúricos.

Dentro de los cuidados generales de una desintoxicación de alcohol debemos aconsejar la abundante ingestión de líquidos como zumos, refrescos azucarados etc. para prevenir el desequilibrio hidroelectrolítico y además prescribiremos siempre vitamina B<sub>1</sub> (Tiamina) 100 mg/día o complejo vitamínico B (Hidroxil B<sub>1</sub>-B<sub>6</sub>-B<sub>12</sub>®) para prevenir las complicaciones neurológicas.



#### Pautas

Tiapride (Pauta de dos envases de Tiapride® 100 mg 24 comp.):

|        |       |
|--------|-------|
| Día 1  | 2-2-3 |
| Día 2  | 2-2-2 |
| Día 3  | 2-2-2 |
| Día 4  | 2-1-2 |
| Día 5  | 2-1-1 |
| Día 6  | 1-1-1 |
| Día 7  | 1-0-1 |
| Día 8  | 1-0-1 |
| Día 9  | 0-0-1 |
| Día 10 | 0-0-1 |

Clometiazol (Pauta de dos envases de Dis-traneurine® 192 mg 30 caps.):

|        |       |
|--------|-------|
| Día 1  | 3-3-3 |
| Día 2  | 3-2-3 |
| Día 3  | 2-2-3 |
| Día 4  | 2-2-2 |
| Día 5  | 2-1-2 |
| Día 6  | 2-1-1 |
| Día 7  | 1-1-1 |
| Día 8  | 1-0-1 |
| Día 9  | 1-0-1 |
| Día 10 | 0-0-1 |

Debemos tener en cuenta que el clometiazol es muy adictivo y no prescribirlo más allá de la pauta de reducción.

Diazepam (Pauta de un envase de Diazepam 10 mg 30 comp.):

|       |       |
|-------|-------|
| Día 1 | 2-2-3 |
| Día 2 | 2-2-2 |
| Día 3 | 2-1-2 |
| Día 4 | 2-1-1 |
| Día 5 | 1-1-1 |
| Día 6 | 1-0-1 |
| Día 7 | 0-0-1 |

En caso de afectación hepática, las benzodiazepinas de elección son el oxacepam (Adumbram®) y el lorazepam (Orfidal®).

#### Deshabitación de alcohol

##### Interdictores o antidipsotrópicos

- Disulfiram (Antabús®): Se recomienda comenzar después de 24 horas de abstinencia con un comprimido de 250 mg mañana y noche durante la primera semana. La dosis de mantenimiento posterior oscila entre 250 y 500 mg/día. Con un com-

primido al día administrado por la noche suele ser suficiente. A veces incluso puede administrarse un comprimido en días alternos lo cual da mayor facilidad para que otra persona pueda supervisar su buen cumplimiento.

Las contraindicaciones absolutas son la cardiopatía, neumopatía grave, epilepsia y psicosis agudas.

– Cianamida cálcica (Colme®): Es un inhibidor reversible de la aldehído deshidrogenasa cuyo efecto desaparece al día siguiente, y su dosis es de 50 mg cada 12 horas (15 gotas por la mañana y 15 gotas por la tarde) en forma de solución oral.

Con estos fármacos se pretende un efecto disuasorio del consumo de alcohol, no punitivo ni aversivo. El paciente debe conocer y firmar un consentimiento informado que especificará que si toma alcohol o alimentos o medicamentos que contengan alcohol, se producirán consecuencias desagradables y negativas para su salud (reacción acetaldéhidica) incluso hasta 7-14 días después de haber tomado el último comprimido de disulfiram.

Son fármacos de fácil manejo y que deben tomarse no menos de tres meses dentro del período de deshabitación para evitar el consumo de alcohol involuntario o inadvertido que puede dar lugar a una recaída.

### Fármacos Antideseo (Anticraving)

– Naltrexona (Antaxone®, Revia®): No interacciona con el alcohol si el paciente bebe. La dosis diaria es de un comprimido de 50 mg. Contraindicada en el embarazo, en la dependencia activa de opiáceos y en las hepatopatías moderadas o graves (transaminasas aumentadas a más de 4 veces el límite superior de los valores de referencia). Estudios controlados demuestran que la Naltrexona reduce el consumo de alcohol, disminuye la probabilidad de que la ingesta continúe si se viola la abstinencia y disminuye la tasa de recaídas. Esto se atribuye a que los efectos placenteros y gratificantes del alcohol están mediados por agentes opiáceos.

– Acamprosato (Campral®, Zulex®): No interacciona con el alcohol. La dosis habitual es algo incómoda: 2 comprimidos de 333 mg 3 veces al día.

Disminuye el deseo de alcohol. Su mecanismo de acción se atribuye a un efecto antagonista de los receptores NMDA y agonista GABA<sub>A</sub> que reduciría la hiperexcitabilidad neuronal y bloquearía los estados de abstinencia condicionada. El efecto terapéutico se retrasa 7-10 días.

### Otros

– Antidepresivos (ISRS): Se emplean a las dosis habituales antidepresivas. Son fármacos coadyuvantes en cuanto que pueden tener un posible efecto reductor del craving, pero sobre todo por su efecto antidepresivo, ansiolítico y de mejoría del sueño, mejora de la anhedonia, de la disforia, de las ideas rumiatorias, de las fobias y otros síntomas considerados de abstinencia postaguda del alcohol. Mejoran la calidad de vida del paciente alcohólico que durante los pri-

meros meses de recuperación presenta un elevado malestar psicológico. Además posee un nulo potencial adictivo.

### BIBLIOGRAFÍA

- Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales, Pere Antoni Soler Insa, Josep Gascón Barrachina.  
 Introducción a la psicopatología y la psiquiatría 2002. J. Vallejo Ruiloba.  
 Manual de evaluación y tratamiento de las drogodependencias 2003. Julio Bobes García, Miguel Casas Brugué, Miguel Gutiérrez Fraile.  
 Abordaje del paciente Toxicómano 2000. A. Marcos Flores.  
 Tratamiento farmacológico de la dependencia de sustancias desde una perspectiva neurocientífica. G. Haro, G. Cervera, J. Martínez-Raga, B. Pérez-Gálvez, M. Fernández-Garcés y J. Sanjuán.  
 Lo que siempre quiso saber de los psicofármacos y nunca se atrevió a preguntar, 2000. Juan Gibert Rahola.



## En breve...

### «NO HAY RELACIÓN ENTRE EL MES DE NACIMIENTO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y EL RIESGO DE PADECER DICHO TRASTORNO MENTAL ENTRE SUS HERMANOS»

No hay relación entre el mes de nacimiento de pacientes con esquizofrenia y el riesgo de padecer di-

cho trastorno mental entre sus hermanos. Estas son las conclusiones de un estudio recientemente publicado por Jaana M. Suvisaari, Jari K. Haukka y Jouko K. Lönnqvist del departamento de Salud Mental del National Public Health Institute, que desmarca los resultados obtenidos en otras investigaciones.

Los autores utilizaron el registro de un hospital finlandés, y escogie-

ron a todos aquellos pacientes nacidos en Finlandia entre los años 1950 y 1976 y de éstos los que habían sido hospitalizados debido a esquizofrenia por lo menos una vez entre los años 1969 y 1995. Identificaron a sus hermanos del registro de población nacional y registraron las posibles hospitalizaciones por esquizofrenia.

Fuente: *Schizophr Res* 2004;66(1):1-6

## Agenda

### ■ 6<sup>th</sup> World Congress on Trauma, Shock, Inflammation and Sepsis Pathophysiology, Immune Consequences and Therapy

Munich, Alemania. 2-6 marzo 2004

Dr. Eugen Faist

Tel.: 49-8-970-955-461

Fax: 49-8-970-952-460

E-mail: faist@gch.med.uni-muenchen.de

### ■ IV Curso de Actualización en Psiquiatría

Barcelona, 5 de marzo de 2004

Información:

Fundación Castilla del Pino

Telf. y fax: 957 480575

castilladelpino@telefonica.net

Secretaría Técnica:

Telf.: 957 480478 / 957 483311

Fax: 957 479651

scc@alcavia.net

### ■ 17<sup>th</sup> Annual Meeting of the American Association for Geriatric Psychiatry

Baltimore, MD, Estados Unidos. 12-15 marzo 2004

Jenny Schmidt

Tel.: 1-301-654-7850. Fax: 1-301-654-4137

E-mail: JennySchmidt@aagponline.org

### ■ Congreso Panamericano de Salud Mental Infanto-Juvenil

La Habana, 29 de marzo de 2004

[www.loseventos.cu/Eventos/datosevents.asp?cod=10897](http://www.loseventos.cu/Eventos/datosevents.asp?cod=10897)

[www.felices.sld.cu/indexsp.html](http://www.felices.sld.cu/indexsp.html)

### ■ IV Congreso Internacional de Psicología y Educación

Almería, 30 de marzo al 2 de abril de 2004

Organiza: Departamento de Psicología Evolutiva y de Educación de la Universidad de Almería

Para más información: [www.ual.es/frame.shtml?html2/congresos.htm](http://www.ual.es/frame.shtml?html2/congresos.htm)

### ■ Congreso Panamericano de Salud Mental Infanto-Juvenil La Habana, Cuba

31 marzo-2 abril 2004

Dr. Cristóbal Martínez

Presidente Comité Organizador

E-mail: felices@infomed.sld.cu

Web: <http://www.felices.sld.cu>

[www.loseventos.cu/saludmental2004](http://www.loseventos.cu/saludmental2004)

M.Sc. Octavio Pérez Marrero

Organizador Profesional de Congresos

Palacio de Convenciones de La Habana

Tel.: (537) 208 7541. Fax: (537) 202 8382

E-mail: octavio@palco.cu

Web: <http://www.complejopalco.com>

### ■ 12<sup>th</sup> Congress of the Association of European Psychiatrists

Palexpo Congress Center. Ginebra, Suiza. 14/18 abril 2004

17 Rue du Cendrier Kenes International

PO Box 1726 CH-1211 Geneva 1 Switzerland

Tel.: +41 22 908 0488. Fax: +41 22 732 2850

E-mail: aep12@kenes.com

URL: <http://www.kenes.com/aep2004/>

# DOBUPAL RETARD

VENLAFAXINA

## LA REMISIÓN ES LA SALIDA

**1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO DOBUPAL Retard 75 mg Cápsulas DOBUPAL Retard 150 mg Cápsulas 2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Por cápsula: DOBUPAL Retard 75 mg Cápsulas: Venlafaxina (DCI) (clorhidrato), 75 mg DOBUPAL Retard 150 mg Cápsulas: Venlafaxina (DCI) (clorhidrato), 150 mg Ver excipientes 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA** Cápsulas de liberación sostenida, para administración oral. **4. DATOS CLÍNICOS** 4.1. Indicações terapéuticas: - Tratamiento de la depresión. Prevención de las recaídas del episodio depresivo y recurrencias de nuevos episodios. - Trastorno de ansiedad generalizada. 4.2. Posología y forma de administración Dosisificación habitual: La dosis habitual recomendada, tanto para el tratamiento de la depresión como en el trastorno de ansiedad generalizada, es de 75 mg al día, administrados en una sola dosis. Si, tras dos semanas de tratamiento, no se obtiene la mejoría clínica esperada, la dosis puede incrementarse a 150 mg al día, administrados en una sola dosis. Si se precisara, la dosis puede aumentarse hasta un máximo de 225 mg una vez a 4 días. Los incrementos de dosis deberán efectuarse a intervalos de aproximadamente 2 semanas o más, pero no inferiores a los 4 días. Prevención de recaídas / recurrencias de la depresión Normalmente, las dosis para la prevención de recaídas y recurrencias de la depresión son similares a las utilizadas durante el tratamiento inicial. Los pacientes deberán ser reevaluados para valorar el beneficio de la terapia a largo plazo. Forma de administración: Se recomienda ingerir DOBUPAL Retard durante las comidas con un poco de líquido. La cápsula debe ingerirse entera. No dividir, aplastar, masticar o disolver la cápsula en agua. DOBUPAL Retard debe administrarse una vez al día, aproximadamente a la misma hora de la mañana o de la tarde. Los pacientes afectados de depresión que se encuentren actualmente en tratamiento con venlafaxina (en comprimido de liberación inmediata) a dosis terapéuticas pueden cambiarse a DOBUPAL Retard a la dosis equivalente más próxima (mg/día). No obstante, en algunos casos puede ser necesario el ajuste de la dosis. Pacientes con insuficiencia renal y/o hepática: En los pacientes con insuficiencia renal y/o hepática debe reducirse la dosis de venlafaxina. En estos pacientes puede ser necesario iniciar el tratamiento con DOBUPAL comprimidos. En los pacientes cuyo índice de filtración glomerular (IFG) sea inferior a 30 ml/min debe reducirse la dosis en un 50%. En los pacientes con insuficiencia hepática moderada debe reducirse la dosis un 50%. En pacientes con cuadros graves de insuficiencia hepática deben considerarse reducciones adicionales de la dosis. Pacientes de edad avanzada: No se recomienda el ajuste de la dosis únicamente por razones de edad. Sin embargo, al igual que con otros antidepresivos, deberá administrarse con precaución, especialmente en los aumentos de dosis. Uso en pediatría: No se ha establecido la inocuidad y eficacia del fármaco en pacientes de edades inferiores a 18 años y, por tanto, no se recomienda su empleo en este grupo de edad. Tratamiento de mantenimiento/continuación/prolongado: Se deberá reevaluar periódicamente la utilidad del tratamiento a largo plazo con DOBUPAL Retard. Se acepta de manera general que los episodios agudos de depresión grave requieren varios meses, o aún más, de tratamiento farmacológico mantenido. Los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada sufren frecuentemente la enfermedad durante varios años y requieren tratamiento a largo plazo (durante 6 ó más meses). DOBUPAL ha mostrado ser eficaz en el tratamiento a largo plazo. Suspensión del tratamiento: Cuando se interrumpe el tratamiento con DOBUPAL Retard, se debe reducir la dosis gradualmente para minimizar el riesgo de reacciones de retirada (ver sección 4.8 reacciones adversas). El periodo de reducción de dosis depende de la dosis de mantenimiento que se estaba administrando, de la duración del tratamiento y de la respuesta individual de cada paciente. A título orientativo, en pacientes tratados durante 6 semanas o más, la dosis debe reducirse gradualmente durante un periodo de dos semanas. 4.3. Contraindicaciones: DOBUPAL Retard (Venlafaxina) está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad conocida al fármaco o a alguno de los excipientes. El uso de DOBUPAL Retard está contraindicado durante el embarazo, debido al riesgo de aparición de reacciones de retirada en el recién nacido. No administrar durante la lactancia. No administrar a pacientes menores de 18 años. No administrar concomitantemente con inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAOs). El tratamiento con venlafaxina no debe iniciarse como mínimo, hasta pasados 14 días desde la interrupción del tratamiento con IMAOs; este intervalo podría ser menor en el caso de IMAOs reversibles (ver información de prescripción del IMAO reversible). Venlafaxina debe interrumpirse como mínimo 7 días antes de iniciar tratamiento con cualquier IMAO. 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo: No se ha evaluado el uso de venlafaxina en pacientes con un historial reciente de infarto de miocardio o cardiopatía inestable. Por ello, deberá evitarse su uso en estos pacientes. Se recomienda controlar periódicamente la presión arterial en pacientes tratados con venlafaxina, dado que puede aumentar la presión arterial de forma dosis-dependiente. Venlafaxina puede aumentar la frecuencia cardíaca, especialmente cuando se administra a dosis elevadas, por lo que se deberá tener precaución en aquellos pacientes cuyas condiciones pueden verse comprometidas por aumentos en la frecuencia cardíaca. Pueden aparecer convulsiones en el tratamiento con venlafaxina y deberá administrarse con precaución en pacientes con antecedentes de convulsiones. Dado que venlafaxina puede producir midriasis, se recomienda vigilar estrechamente a los pacientes con presión intraocular elevada o pacientes con riesgo de padecer glaucoma agudo de ángulo cerrado. Al igual que con otros antidepresivos, se deberá usar venlafaxina con precaución, en pacientes con antecedentes de manía o hipomanía durante el tratamiento. Durante el tratamiento con venlafaxina, puede aparecer hiponatremia y/o Síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética (SIADH), normalmente en pacientes con depleción de volumen o deshidratados. Dado el riesgo de suicidio de los pacientes con depresión, se deberá prescribir inicialmente el envase con el número menor de comprimidos con la finalidad de reducir el riesgo de sobredosis. Se han descrito algunos casos de hemorragias de diferente localización con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Este hecho debe tenerse en cuenta especialmente en aquellos pacientes que además estén recibiendo anticoagulantes, medicamentos que afecten la función plaquetaria (p. ej. antiplaquetarios atípicos y fenotiazinas, antidepresivos tricíclicos, ácido acetilsalicílico, ticlopidina, clopidogrel, antiinflamatorios no esteroideos) o que puedan incrementar el riesgo de hemorragia. Asimismo, deberá tenerse especial precaución con los pacientes que presenten trastornos hemorrágicos. Venlafaxina no está indicada para la pérdida de peso, ni en monoterapia ni en combinación con otros productos ya que en esta indicación no se ha demostrado su seguridad y eficacia. 4.5. Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción: - Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) Se han notificado reacciones adversas en pacientes que habían interrumpido el tratamiento con un IMAO y seguidamente habían comenzado tratamiento con venlafaxina, o que interrumpieron el tratamiento con venlafaxina y seguidamente empezaron tratamiento con IMAO. Estas reacciones incluyeron temblor, mioclonía, sudoración, náuseas, vómitos, sofocos, vértigo, hipertermia con cuadros semejantes al síndrome neuroléptico maligno, convulsiones y muerte. - Fármacos con actividad sobre el sistema serotoninérgico Basándose en el mecanismo de acción conocido de la venlafaxina y en su potencial de desencadenar un síndrome serotoninérgico, se recomienda precaución cuando se administre venlafaxina en combinación con fármacos que puedan afectar los sistemas de neurotransmisores serotoninérgicos tales como los triptanes, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), o litio. - Indinavir. Un estudio farmacocinético realizado con indinavir ha mostrado una disminución del 28% en el AUC y del 36% en la Cmax para indinavir. Indinavir no afectó la farmacocinética de venlafaxina y O-desmetilvenlafaxina. Se desconoce la relevancia clínica de esta interacción. - Warfarina. Venlafaxina puede potenciar el efecto anticoagulante de warfarina. - Etanol. Al igual que con todos los fármacos que actúan sobre el SNC, se deberá advertir al paciente que evite el consumo de alcohol durante el tratamiento con venlafaxina. - Haloperidol. Un estudio farmacocinético realizado con haloperidol mostró un descenso del 42% en el aclaramiento oral total para este fármaco, un incremento del 70% en el AUC, un incremento del 88% en la Cmax, pero no afectó a la semivida del mismo. Esto deberá ser tenido en cuenta en combinación ya que será necesario disminuir la dosis de haloperidol. - heptático de venlafaxina. Es esperable que la actividad farmacológica de En ancianos y en pacientes con disfunción hepática esta interacción puede de imipramina o 2-hidroxi-imipramina. Sin embargo, incrementó el AUC, imipramina duplicó su valor de 2,5 a 4,5. Imipramina no alteró las tenerse en cuenta en pacientes tratados con imipramina y venlafaxina de risperidona en un 32% pero no alteró significativamente el perfil más 9-hidroxi-risperidona). Se desconoce la relevancia clínica de esta tanto de venlafaxina como de O-desmetilvenlafaxina. Venlafaxina no tiene Las farmacocinéticas de venlafaxina y O-desmetilvenlafaxina no se ven vez no tiene efectos sobre la farmacocinética del litio (Ver también e Fármacos con elevada unión a proteínas plasmáticas. Venlafaxina no se esperable que la administración de venlafaxina a pacientes en tratamiento aumento de la concentración libre de estos fármacos. - Inhibidores o enzimáticos hepáticos puede afectar el metabolismo y la farmacocinética venlafaxina con un inhibidor de los enzimas hepáticos, es conveniente administración concomitante de DOBUPAL Retard (venlafaxina) y triptófano con la 5-HT. No hay experiencia en cuanto al uso concomitante de venlafaxina las isoenzimas del citocromo P450. Los estudios indican que venlafaxina es un inhibidor relativamente débil de CYP2D6, cafeína (CYP1A2), carbamazepina (CYP3A4) y diazepam (CYP3A4 y CYP2C19). 4.6. Embarazo y lactancia. Uso durante el embarazo: No se ha establecido la seguridad de empleo de venlafaxina durante el embarazo. Venlafaxina debe administrarse a mujeres embarazadas sólo si el beneficio potencial supera al posible riesgo. Si se usa venlafaxina durante el embarazo o poco antes del parto, pueden aparecer reacciones de retirada en el recién nacido. Uso durante la lactancia: Venlafaxina y O-desmetilvenlafaxina se excretan en leche humana, por ello está contraindicada su administración durante la lactancia. Uso en pediatría: La seguridad y eficacia en pacientes menores de 18 años no han sido establecidas, por lo que su uso está contraindicado. 4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Aunque se ha comprobado en voluntarios sanos que DOBUPAL Retard (venlafaxina) no afecta la actividad psicomotora, cognoscitiva o el comportamiento complejo, los fármacos psicoactivos pueden deteriorar la facultad de juzgar, pensar o las habilidades motoras, por lo que los pacientes deben tener precaución al manejar maquinaria peligrosa, incluyendo automóviles, debiendo ser advertidos de tal circunstancia. 4.8. Reacciones adversas: Las reacciones adversas se enumeran a continuación por órganos y sistemas de acuerdo con las categorías de frecuencia siguientes: Frecuentes: > 1% Poco frecuentes: 0,1% y < 1% Raras: > 0,01% y < 0,1% Muy raras: < 0,01% Generales: Frecuentes: Astenia, fatiga. Poco frecuentes: Reacción de fotosensibilidad. Muy raras: Anafilaxis. Sistema Cardiovascular Frecuentes: Hipertensión, vasodilatación. Poco frecuentes: Hipotensión, hipotensión postural, síncope, taquicardia. Muy raras: Prolongación del intervalo QT, fibrilación ventricular, taquicardia ventricular (incluyendo torsades de pointes). Sistema Digestivo Frecuentes: Disminución del apetito, estreñimiento, náuseas, vómitos. Poco frecuentes: Bruxismo. Sistema Hematológico/Linfático Poco frecuentes: Equimosis, sangrado de mucosas. Raras: Sangrados prolongados, trombocitopenia. Muy raras: Discrasias sanguíneas (incluyendo agranulocitosis, anemia aplásica, neutropenia y pancytopenia). Sistema Metabólico/Nutricional Frecuentes: Hipercolesterolemia (especialmente tras la administración prolongada y a dosis elevadas), pérdida de peso. Poco frecuentes: Trastornos de la función hepática, hiponatremia, aumento de peso. Raras: Hepatitis, síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética (SIADH). Sistema Nervioso Frecuentes: Sueños anormales, disminución de la libido, mareos, sequedad de boca, hipertensión, insomnio, nerviosismo, parestesia, sedación, temblor. Poco frecuentes: Apatía, alucinaciones, mioclonía. Raras: Convulsiones, manía, síndrome neuroléptico maligno, síndrome serotoninérgico. Muy raras: Agitación, delirio. Sistema Respiratorio Frecuentes: Bostezos. Muy raras: Eosinofilia pulmonar. Piel y anejos Frecuentes: Sudoración. Poco frecuentes: Rash, alopecia. Muy raras: Eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson. Organos sensoriales Frecuentes: Anomalías en la acomodación, midriasis, trastornos visuales. Poco frecuentes: Percepción alterada del gusto. Sistema Urogenital Frecuentes: Eyaculación/orgasmo anormales (varones), anorgasmia, disfunción eréctil, afectación de la micción (en su mayoría retención). Poco frecuentes: Orgasmo anormal (mujeres), menorragia, retención urinaria. Con medicamentos inhibidores de la recaptación de serotonina se han descrito raramente hemorragias (equimosis, hemorragias ginecológicas, sangrado gastrointestinal y otros sangrados cutáneos o de mucosas, ver sección 4.4). La interrupción del tratamiento puede dar lugar a la aparición de reacciones de retirada y por ello se recomienda disminuir gradualmente la dosis de venlafaxina y monitorizar al paciente. Se han comunicado las siguientes reacciones tras la interrupción brusca, la reducción de dosis o retirada del tratamiento: hipomanía, ansiedad, agitación, nerviosismo, confusión, insomnio u otros trastornos del sueño, fatiga, somnolencia, parestesia, mareos, vértigo, dolor de cabeza, sudoración, sequedad de boca, anorexia, diarrea, náuseas y vómitos. La mayoría de las reacciones de retirada son moderadas y se resuelven sin necesidad de tratamiento. Aunque pueden aparecer reacciones de retirada al interrumpir el tratamiento, los datos clínicos y preclínicos disponibles no sugieren que venlafaxina origine dependencia. 4.9. Sobredosis: En la experiencia post-comercialización, se comunicaron casos de sobredosis de venlafaxina en su mayoría en combinación con otros fármacos y/o alcohol. Se han observado alteraciones electrocardiográficas (prolongación del intervalo QT, bloqueo de rama, prolongación del QRS), taquicardia sinusal y ventricular, bradicardia, hipotensión, alteración del nivel de consciencia (oscilando desde la somnolencia al coma), convulsiones y muerte. Tratamiento de la sobredosis: Se recomienda el uso de medidas de soporte general y sintomáticas; se deben monitorizar el ritmo cardíaco y los signos vitales. No se recomienda la inducción de la emesis cuando exista riesgo de aspiración. El lavado gástrico puede estar indicado si se realiza inmediatamente después de la ingestión o en pacientes sintomáticos. La administración de carbón activado puede limitar también la absorción del fármaco. La diuresis forzada, diálisis, hemoperfusión y transfusión de plasma de beneficio dudoso. No se conocen antidotos específicos para venlafaxina. 5. DATOS FARMACÉUTICOS 5.1. Lista de excipientes: Celulosa microcristalina Etilcelulosa Hidroxipropilmetilcelulosa. Componentes de la cápsula: óxido de hierro rojo (E-172), óxido de hierro amarillo (E-172), dióxido de titanio (E-171), gelatina y tinta (este último sólo en Dobupal Retard 150 mg Cápsulas). 5.2. Incompatibilidades: No aplicable 5.3. Periodo de validez: 2 años 5.4. Precauciones especiales de conservación: Almacenar a temperatura ambiente, en lugar seco. 5.5. Naturaleza y contenido del recipiente: Las cápsulas van envasadas en blister de PVC/ACLAR/Aluminio. El contenido de los envases es: DOBUPAL Retard 75 mg Cápsulas: Blister de 30 cápsulas DOBUPAL Retard 150 mg Cápsulas: Blister de 30 cápsulas 5.6. Instrucciones de uso/manipulación: Las cápsulas de DOBUPAL Retard deben ingerirse durante las comidas con un poco de líquido. 6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN ALMIRALL BARCELONA, S.A. General Mitre 151 08022 - BARCELONA 7. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN DOBUPAL Retard 75 mg Cápsulas: 62.420 DOBUPAL Retard 150 mg Cápsulas: 62.421 8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN DOBUPAL Retard 75 mg Cápsulas: 22 de abril de 1999 DOBUPAL Retard 150 mg Cápsulas: 22 de abril de 1999 9. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO Marzo de 2003 Mod. F.T.08.1 (04/03/03). FECHA DE ELABORACIÓN DEL MATERIAL: Marzo de 2004

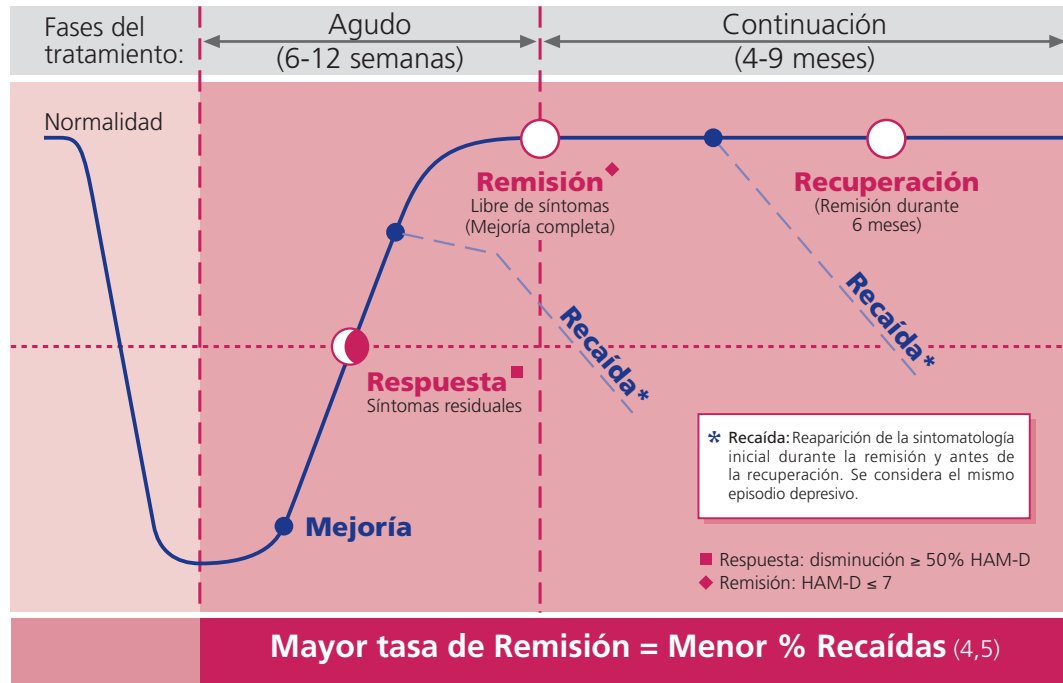


1- Ian Nicol Ferrier, B. Sc (Hon), F.R.C.P. F.R.C. Psych., M.D. (Hon). Tratamiento de la Depresión: ¿se justifica la mejoría? J Clin Psychiatry 1999; 60 Supl. 6: 10-14. 2- Thase ME. Defining remission in patients treated with antidepressants. J Clin Psychiatry 1999; 60 (22): 3-6. 3- Balcázar D, Agüera L, Ayuso JL, Baca E, Gutiérrez Fraile M, Carrasco JL. Objetivo Remisión. El tratamiento efectivo de la depresión. Madrid: Aula Médica 2001. 4- Vallejo J, Urretavizcaya M, Psiquiatría y Atención Primaria: 22-29. 5- Jeffrey E, Kelsey, M.D., Ph.D. Clinician Perspective on achieving and maintaining remission in depression. J Clin Psychiatry 2001; 61 (suppl 26): 16-21. 6- Ballus C, y cols. Efficacy and tolerability of venlafaxine and paroxetine in outpatients with mild to moderate depression or dysthymia. Int Clin Psychopharmacol 2000; 15 (1): 43-48. 7- Rudolph RL, Feigner AD. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of once-daily venlafaxine extended release (XR) and fluoxetine for the treatment of depression. J Aff Disorders 1999; 56: 171-181. 8- Mehtonen OP et al. Double-blind, randomized comparison of venlafaxine and sertraline in outpatients with major depressive disorders. J Clin Psychiatry 2002; 61(2): 95-100. 9- Nadia Kunz et al. Venlafaxine XR in MDD relapse prevention. PO25-26, WAMH, Vancouver 22 Julio 2001. 10- Shelton et al. Remission rates during long term treatment with venlafaxine. APA, 2002. 11- Nadia Kunz et al. Venlafaxine to prevent recurrent MDD. PO25-11, IFMAD, Montecarlo 2000. 12- Amore M et al. Long-term treatment of psychopharmacological depressed patients with venlafaxine. J of Affective Disorders 46 (1997) 293-296. 13- Michael Dierick, M.D. Evaluación abierta de la seguridad a largo plazo de la venlafaxina oral en pacientes de edad avanzada con depresión. Annual of Clinical Psychiatry, Vol 8, 1996: 169-178. 14- Fichá Técnica Dobupal Retard. 15- John P. Feighner, A. Richard Entsuah, M.K. McPherson. Efficacy of one daily venlafaxine extended release (XR) for symptoms of anxiety in depressed outpatients. Journal of Affective Disorders 47 (1998) 55-62. 16- Sullivan EM, Griffiths RI, Frank RG et al. One-year cost of sec-line therapies for depression. J Clin Psychiatry 2000; 61: 290-298.

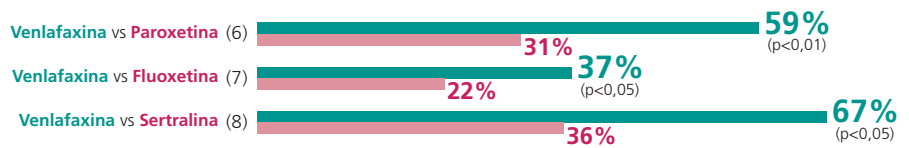
Los datos personales necesarios para poderle entregar este material promocional están recogidos en un fichero cuyo responsable es Almirall Prodesfarma, S.A., que los utilizará para la gestión comercial únicamente interna. Usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición simplemente escribiendo a Almirall Prodesfarma, S.A. Ronda General Mitre, 151. 08022 - Barcelona.



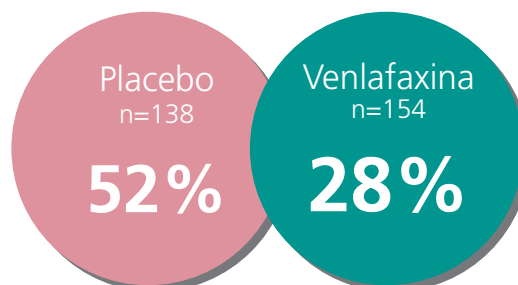
**EN DEPRESIÓN, LA RESPUESTA NO BASTA.**



**CON DOBUPAL RETARD, MÁS PACIENTES  
ALCANZAN LA REMISIÓN... (3,6,7,8)**



**...CON MENOR PORCENTAJE DE RECAÍDAS. (9)**

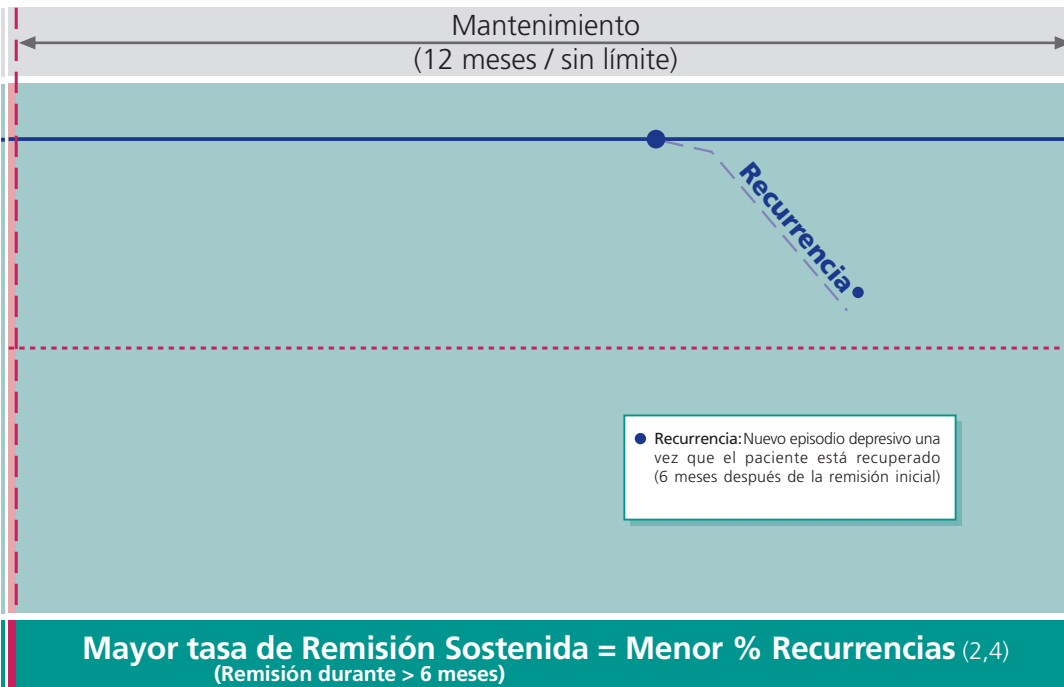


Resultados a los 6 meses desde la Remisión (p<0,001)

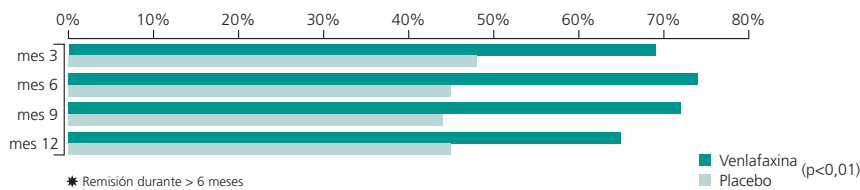
# AÍDAS Y RECURRENCIAS



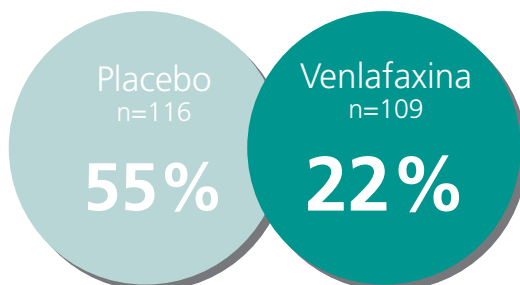
**EL OBJETIVO ES LA REMISIÓN.** (1,2,3)



**CON DOBUPAL RETARD, MÁS PACIENTES LOGRAN UNA REMISIÓN SOSTENIDA A LARGO PLAZO\*... (10)**



**...CON MENOR PORCENTAJE DE RECURRENCIAS.** (11)



Resultados a los 12 meses desde la Remisión (p<0,001)



# DOBUPAL RETARD, EL TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA DE LA DEPRESIÓN

- **Prevenición de recaídas y recurrencias de la depresión:**
  - Más pacientes en remisión con menos recaídas. (3,6,7,8,9)
  - Remisión sostenida a largo plazo con menos recurrencias. (10,11)
  - En pacientes de edad avanzada, Dobupal Retard también demuestra ser eficaz y seguro. (12,13)
- Óptima tolerabilidad y seguridad. (12,13)
- Primer antidepresivo aprobado en ansiedad generalizada (TAG). (14)
- Eficaz en depresión con ansiedad. (15,16)



COMODIDAD POSOLÓGICA  
1 toma al día

**DOBUPAL  
RETARD**  
VENLAFAXINA  
LA REMISIÓN ES LA SALIDA