

Abstinencia Alcohólica severa: ¿Que Benzodiacepina usar y por qué?

BOLETIN COMITÉ DE BIOTECNOLOGIA. Abril 2026
biotecnologiasneuquen@gmail.com

El tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica ha estado históricamente influenciado por prácticas de promoción médica cuestionables. Weintraub¹ analiza cómo publicaciones médicas manipuladas mediante “ghostwriting” (“Escritores fantasma” redacción encubierta por la industria farmacéutica), han tenido un impacto duradero en la elección de tratamientos.

Escritores fantasma o ghostwriting^{3,4}: Estrategia de marketing ampliamente documentada, donde la industria farmacéutica escribe artículos “científicos” y le paga a un líder de opinión de la temática para que lo firme como de su autoría, pese a que no haya realizado contribuciones sustanciales a la investigación o redacción del artículo.

Desde la década de 1970, la evidencia científica había demostrado claramente la eficacia y seguridad de benzodiacepinas (BDZ) de acción prolongada, como diazepam EV y clordiazepóxido, para el manejo de la abstinencia alcohólica. Estos dos fármacos presentan ventajas farmacocinéticas importantes: acción más rápida (pico a los 5 minutos vs 30 minutos del Lorazepam), acumulación progresiva y descenso gradual de sus niveles, lo que reduce el riesgo de síntomas de rebote, convulsiones y delirium. Sin embargo, a pesar de esta evidencia, el lorazepam (una BDZ de acción más corta y menos liposoluble) se convirtió en el fármaco más utilizado¹. Esto resulta llamativo, ya que presenta desventajas relevantes: mayor riesgo de síntomas intercurrentes, rebote y complicaciones neurológicas, un inicio de acción más lento en comparación con el diazepam, lo que dificulta el ajuste rápido de dosis.

El reciente análisis de toda la bibliografía encontró tres publicaciones “llamativas” de 1983/4 que comparaban

lorazepam con diazepam o clordiazepóxido. Aunque estos trabajos concluían que los fármacos eran igual de eficaces, recomendaban al lorazepam como “droga de elección”. Sin embargo, un análisis detallado revela inconsistencias importantes: en los grupos tratados con lorazepam se registraron convulsiones y delirium tremens, eventos que no ocurrieron con los otros fármacos, pero que fueron minimizados u omitidos en los resúmenes y discusiones de las publicaciones. Además, estos estudios presentan similitudes textuales llamativas y agradecimientos a colaboradores vinculados con la industria farmacéutica (Wyeth, fabricante de lorazepam), lo que sugiere que fueron redactados de forma encubierta. Esta estrategia permitió promover el uso del lorazepam incluso para indicaciones no aprobadas, utilizando publicaciones científicas como herramienta de marketing indirecto.

Estudios más recientes continúan mostrando una mayor incidencia de complicaciones (como convulsiones y delirium) asociadas al uso de lorazepam en comparación con diazepam o clordiazepóxido. Asimismo, las guías clínicas actuales recomiendan preferentemente estos últimos fármacos por su perfil farmacológico más adecuado².

En conclusión, el uso extendido del lorazepam en el tratamiento de la abstinencia alcohólica responde a un proceso histórico de desinformación impulsado por la industria farmacéutica. Reconocer este origen es fundamental para reorientar las prácticas clínicas hacia tratamientos más seguros y basados en evidencia, así como para promover investigaciones que optimicen el uso del diazepam como estándar terapéutico. El FTP de Neuquén⁵ recomienda tanto diazepam como lorazepam EV para la abstinencia alcohólica severa lo que será revisado junto con especialistas (adicciones, toxicólogos y farmacéuticos).

Contraindicaciones del Diazepam EV: insuficiencia hepática donde podría acumularse, miastenia gravis, insuficiencia respiratoria severa, síndrome de apnea del sueño, hipersensibilidad a BDZ (AEMPS-Ficha técnica).

Bibliografía:

- 1-Weintraub, S. J. (2026). The Enduring Impact of Ghostwriting on the Treatment of Alcohol Withdrawal. Journal of General Internal Medicine.
- 2-American Society of Addiction Medicine. ASAM clinical practice guideline on alcohol withdrawal management. J Addict Med. 2020;14(Suppl 1):1-72.
- 3-Gøtzsche PC, Hróbjartsson A, Johansen HK, Haahr MT, Altman DG, Chan AW. Ghost authorship in industry-initiated randomised trials. PLoS Med. 2007;4(1):e19.
- 4-Boletín Comité de Medicamentos de Neuquén. Gabapentin Historia de un Engaño (2012) <https://salud.neuquen.gob.ar/formularios/medicamentos/>
- 5-MSAL Neuquén. Formulario Terapéutico Provincial 2026. <https://salud.neuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2026/03/FTP-2026.pdf>