



Reimpresión oficial de UpToDate®

www.uptodate.com © 2021 UpToDate, Inc. o sus filiales. Todos los derechos reservados.

Wolters Kluwer

Enfoque del tratamiento del trastorno por consumo de alcohol

Autor: Richard Saitz, MD, MPH, FACP, DFASAM**Editor de la Sección** Andrew J Saxon, MD**Editor Adjunto:** Michael Friedman, MD

Todos los temas se actualizan a medida que se dispone de nueva [evidencia y se completa](#) nuestro [proceso de revisión por pares](#).

Revisión de la literatura actual hasta: julio 2021. | **Este tema fue actualizado por última vez:** el 7 de julio de 2021.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de consumo de alcohol son los más prevalentes entre todos los trastornos de consumo de sustancias en el mundo. La prevalencia anual a nivel mundial se ha estimado en más de 100 millones de individuos[1].

Además, casi 3 millones de muertes (el 5.3 % de todas las muertes en el mundo) se atribuyen a la mortalidad relacionada con el alcohol en un solo año [2].

Las intervenciones psicosociales son eficaces en el tratamiento del trastorno por consumo de alcohol; sin embargo, hasta el 70 % de los individuos vuelven a beber en exceso después de recibir únicamente tratamiento psicosocial [3-6]. Se pueden utilizar varios medicamentos para tratar el trastorno por consumo de alcohol, lo que permite reducir el consumo excesivo y aumentar los días de abstinencia [7].

Los diagnósticos psiquiátricos, el abuso de alcohol y la dependencia al alcohol del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición, Revisión del Texto (DSM-IV-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría fueron sustituidos por un solo diagnóstico, el trastorno por uso de alcohol, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5) [8]. A pesar de que la correspondencia entre los trastornos del DSM-IV-TR y del DSM-5 es imprecisa, la dependencia del alcohol se puede comparar con el trastorno por consumo de alcohol, subtipo moderado a grave, mientras que el abuso de alcohol es similar al subtipo leve.

Este artículo describe nuestro enfoque para seleccionar el tratamiento del trastorno por consumo de alcohol. La epidemiología, la patogénesis, las manifestaciones clínicas, el curso, la evaluación y el diagnóstico del consumo de riesgo y del trastorno por consumo de alcohol se revisan en otro artículo. Las intervenciones farmacológicas y psicosociales para el trastorno por consumo de alcohol también se revisan en otro artículo.

- (Véase ["Risky drinking and alcohol use disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis"](#).)
- (Véase ["Alcohol use disorder: Psychosocial treatment"](#).)
- (Véase ["Contingency management for substance use disorders: Efficacy, implementation, and training"](#) y ["Contingency management for substance use disorders: Theoretical foundation, principles, assessment, and components"](#).)
- (Véase ["Alcohol use disorder: Pharmacologic management"](#).)

ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO

Establecer los objetivos del tratamiento - La abstinencia sigue siendo el objetivo principal del tratamiento del trastorno por consumo de alcohol y se asocia con mejores resultados del tratamiento. Sin embargo, la reducción del consumo excesivo de alcohol (menos episodios de cinco o más bebidas en cualquier día en el caso de los hombres, y de cuatro o más bebidas en el caso de las mujeres) o de los niveles de consumo de mayor a menor riesgo son alternativas aceptables para los pacientes que no están listos a dejar de consumir [9].

Evaluar y tratar la abstinencia de alcohol - La evaluación de la posibilidad de abstinencia de alcohol o de los síntomas de abstinencia de alcohol es importante, ya que muy pocas personas que experimentan síntomas de abstinencia seguirán el tratamiento del trastorno por consumo de alcohol. A veces, la historia del paciente que sugiere un alto riesgo (por ejemplo, historia de abstinencia), o los signos y síntomas de abstinencia pueden ser evidentes. En estos casos, es necesario tratar el síndrome de abstinencia antes de abordar el trastorno por consumo de alcohol. Incluso los síntomas leves de abstinencia, o el miedo a los mismos, pueden ser una fuerza motriz que impida al paciente reducir su consumo o dejarlo.

Las personas que beben a diario corren el riesgo de sufrir de un síndrome de abstinencia al reducir su consumo de alcohol. Las personas que han dejado de consumir alcohol recientemente también corren el riesgo de sufrir de un síndrome de abstinencia. Antes de continuar con el tratamiento del trastorno por consumo de alcohol, se debe realizar una evaluación completa y, si está indicado, un tratamiento posterior de la abstinencia de alcohol. (Véase ["Alcohol withdrawal: Epidemiology, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis"](#), [section on 'Assessment'](#) y ["Alcohol withdrawal: Epidemiology, clinical](#)

[manifestations, course, assessment, and diagnosis", section on 'Clinical presentation and course'.\)](#)

Evaluar la gravedad del trastorno por consumo de alcohol - El tratamiento del trastorno por consumo de alcohol se rige por la gravedad del trastorno. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, Quinta Edición (DSM-5), los pacientes son asignados a un subtipo de gravedad ([leve, moderada, grave](#)) en función del número de síntomas presentes ([tabla 1](#)). Se considera que los individuos con dos o tres síntomas presentan un trastorno por consumo de alcohol leve, los individuos con cuatro o cinco síntomas presentan un trastorno por consumo de alcohol moderado, y en los individuos con seis o más síntomas, se diagnostica un trastorno por consumo de alcohol grave. (Véase ["Risky drinking and alcohol use disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis", section on "Diagnosis"](#) y ["Alcohol use disorder: Psychosocial treatment"](#) y ["Initial treatment"](#) más abajo y ["Alcohol use disorder: Pharmacologic management", section on "Indication for pharmacotherapy"](#).)

Comorbilidades y poblaciones específicas de pacientes - Además de la gravedad del trastorno por consumo de alcohol y los objetivos del tratamiento, la comorbilidad del paciente puede influir en la elección inicial del tratamiento para los pacientes con trastorno por consumo de alcohol. Por ejemplo, en un individuo con enfermedad hepática, la elección inicial de la medicación se verá afectada si las enzimas hepáticas están elevadas. En un paciente que toma opiáceos prescritos e indicados clínicamente , la elección inicial de la medicación tendrá en cuenta la [presencia de opiáceos](#). (Véase ["Alcohol use disorder: Pharmacologic management", section on "Specific patient populations"](#).)

TRATAMIENTO INICIAL

No se dispone de suficientes datos de investigación sobre la eficacia comparativa y los predictores de respuesta para informar a los clínicos sobre la selección entre los tratamientos para el trastorno por consumo de alcohol. Las sugerencias a continuación se basan en esos datos, en nuestra experiencia clínica, y son coherentes con las directrices de práctica de 2018 elaboradas por la Asociación Americana de Psiquiatría en Estados Unidos[[10](#)].

Trastorno leve - Para los pacientes con un trastorno leve por consumo de alcohol, se sugiere un tratamiento inicial con una o más intervenciones psicosociales, como el asesoramiento motivacional breve y los grupos de ayuda mutua, en lugar de con medicación. Los ensayos clínicos no han determinado adecuadamente la eficacia de la medicación para un trastorno leve. (Véase ["Selecting psychosocial interventions"](#) más abajo.)

Trastorno de moderado a grave - En el caso de los pacientes con un trastorno por consumo de alcohol de moderado a grave, optamos por un tratamiento de primera línea con una combinación de medicación e intervenciones psicosociales estructuradas y basadas en la evidencia, en lugar de uno solo de los tratamientos por separado. Según nuestra experiencia clínica, la combinación puede mejorar los resultados más allá de aquellos de cualquiera de las intervenciones por separado.

Si bien los ensayos clínicos apoyan la eficacia de las intervenciones psicosociales en comparación con los controles

[11] y de los medicamentos en comparación con el placebo [10,12], las pruebas de los ensayos clínicos son contradictorias en cuanto a si la combinación de la medicación con una intervención psicosocial estructurada conlleva mejores resultados para el trastorno por consumo de alcohol en comparación con cualquiera de las modalidades como monoterapia [13,14].

En los pacientes con un trastorno de moderado a grave que no desean seguir un tratamiento farmacológico, sugerimos un tratamiento inicial con una intervención psicosocial estructurada y basada en la evidencia.

Además, no debe negarse la medicación a aquellos individuos que prefieren, a pesar de las recomendaciones clínicas en sentido contrario, recibir "solo medicación" para el trastorno por consumo de alcohol [13].

Selección de intervenciones - Se debe animar a todos los pacientes con trastorno por consumo de alcohol a seguir algún tipo de tratamiento psicosocial: el más común es la orientación sobre el consumo de alcohol. Además del tratamiento, se les debe animar también a participar en algún grupo de ayuda mutua. Los ensayos clínicos no han mostrado que alguna intervención en particular sea superior a las demás. Sin embargo, estamos a favor de las intervenciones psicosociales estructuradas basadas en la evidencia en lugar de la psicoeducación en el caso de los individuos con un trastorno de moderado a grave; las intervenciones breves y menos estructuradas (pero también basadas en la evidencia) pueden ser suficientes para un trastorno leve.

La eficacia de estas intervenciones en el trastorno por consumo de alcohol no está clara: los ensayos aleatorios presentan múltiples problemas metodológicos y resultados heterogéneos [15]. Además, el contenido de las intervenciones puede variar. Estas intervenciones y los estudios relativos a su eficacia se analizan por separado. (Véase "[Alcohol use disorder: Psychosocial treatment](#)".)

Al momento de elegir las intervenciones psicosociales, el clínico deberá informar al paciente sobre las opciones y ofrecer su mejor consejo clínico, así como permitirle elegir entre ellas.

Generalmente, los individuos elegirán entre estos tratamientos en función de la disponibilidad y el costo. Sin embargo, según nuestra experiencia clínica, estas intervenciones pueden ayudar a muchos pacientes a mantener la abstinencia.

Según nuestra experiencia clínica, los factores individuales de los pacientes también pueden favorecer un enfoque determinado. Por ejemplo:

- Para los pacientes que carecen de motivación para el tratamiento, la entrevista motivacional puede ser una intervención inicial útil. El trastorno por consumo de alcohol afecta directamente la parte del cerebro que participa en la recompensa y en la toma de decisiones relacionadas con esas recompensas. Como resultado, el asesoramiento que aborda la motivación para cambiar el consumo de alcohol y para comprometerse con el tratamiento es particularmente importante para aquellos individuos cuya evaluación mostró una baja motivación para el cambio. Un asesoramiento motivacional breve sobre el alcohol puede representar un punto de partida para los pacientes con un trastorno por consumo de alcohol leve. Para los pacientes con un consumo de alcohol poco saludable pero que no llega a ser un trastorno por consumo de alcohol, las charlas breves con un clínico pueden aumentar la motivación. (Véase ["Alcohol use disorder: Psychosocial treatment", section on 'Motivational interviewing'](#) y ["Psychotherapies for substance use disorders", section on 'Motivational interviewing'](#).)
- En el caso de los pacientes con capacidad y motivación, estamos a favor de las ~~intervenciones conocidas~~ como gestión médica, intervención conductual combinada, o una combinación de ambas. La gestión médica es una terapia basada en un manual que combina una breve educación sobre el trastorno por consumo de alcohol, la discusión sobre la adherencia a la medicación, el fomento de la participación en grupos de ayuda mutua, y los controles de seguimiento sobre la bebida y sus consecuencias. La intervención conductual combinada combina elementos de la terapia cognitivo-conductual, la facilitación de los 12 pasos, la entrevista motivacional y la participación del sistema de apoyo. (Véase ["Alcohol use disorder: Psychosocial treatment"](#).)
- Para los pacientes con capacidades cognitivas limitadas, puede ser más útil la facilitación de 12 pasos que promueve el uso de grupos de ayuda mutua o enfoques de gestión de contingencias. (Véase ["Alcohol use disorder: Psychosocial treatment", section on "Interventions"](#).)
- En el caso de los pacientes con necesidades sociales importantes, una intervención multimodal para el trastorno por consumo de sustancias (TCS) que incluya la prestación de servicios sociales puede resultar útil. Un ejemplo es el enfoque de refuerzo comunitario. (Véase ["Alcohol use disorder: Psychosocial treatment"](#).)

- Para los pacientes con trastorno por consumo de alcohol que tienen una pareja o un familiar implicado, la terapia de pareja o familiar puede abordar los problemas de relación y familiares derivados del trastorno por consumo de alcohol. Además, un miembro de la familia puede dar apoyo directo al paciente, por ejemplo, al supervisar la toma de la medicación por parte del paciente. Múltiples ensayos clínicos han demostrado que la terapia conductual de pareja (con un individuo que padece un TCS y con su pareja, que no sufre de TCS) reduce el consumo de alcohol [16-20]. (Véase ["Alcohol use disorder: Psychosocial treatment"](#) y ["Psychotherapies for substance use disorders", section on 'Couples and family therapies'](#).)

Tratamiento farmacológico - para los pacientes con un trastorno por consumo de alcohol de moderado a grave, favorecemos el tratamiento con una combinación de medicación e intervenciones psicosociales basadas en la evidencia. (Véase ["Psychotherapies for substance use disorders", section on "Behavioral medical management"](#) y ["Alcohol use disorder: Pharmacologic management", section on "Indication for pharmacotherapy"](#).)

Para la mayoría de los pacientes recién diagnosticados con un trastorno por consumo de alcohol de moderado a grave, sugerimos un tratamiento de primera línea con [naltrexona](#). La naltrexona es nuestra primera opción, ya que se administra una vez al día y a que se puede iniciar el tratamiento del trastorno por consumo de alcohol mientras el individuo sigue bebiendo activamente. La naltrexona debe evitarse en personas que consuman opiáceos o a las que se les prescriban opiáceos para el tratamiento del dolor, así como en pacientes con hepatitis aguda o insuficiencia hepática. (Véase ["Pharmacotherapy for opioid use disorder"](#) y ["Alcohol use disorder: Pharmacologic management", section on "First-line treatment"](#).)

El [acamprosato](#) es una alternativa razonable de tratamiento de primera línea en los pacientes que tienen una contraindicación a la [naltrexona](#).

Los medicamentos utilizados en el tratamiento del trastorno por consumo de alcohol se pueden encontrar en la tabla asociada ([tabla 2](#)).

EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO

La evaluación de la respuesta al tratamiento es un componente importante de la evaluación de seguimiento. En la mayor parte de los casos, la evaluación de la respuesta o del fracaso del tratamiento es un proceso que requiere un seguimiento durante un período que puede durar semanas o meses.

Definir la respuesta - La respuesta al tratamiento se basa en los objetivos establecidos al principio. Si el objetivo del tratamiento es la reducción de la frecuencia del consumo de alcohol,

es posible que el patrón de reducción no se observe durante varias semanas. Esto es especialmente relevante cuando el patrón de referencia de consumo de alcohol es menor que un consumo diario. Además, si el objetivo del tratamiento es la abstinencia sostenida, no se puede concluir que el tratamiento ha fracasado por un solo consumo de alcohol ("lapso").

Sin embargo, en un individuo cuyo objetivo es la abstinencia, un patrón de lapsos repetitivos indica que el tratamiento actual es ineficaz y debe reevaluarse. En otro individuo cuyo objetivo es disminuir la frecuencia semanal para pasar de beber tres tragos cada noche a dos, la reducción de la frecuencia que no llega a alcanzar el objetivo (es decir, reducir de seis noches por semana a cuatro noches por semana de manera repetitiva en lugar de dos noches por semana) es una señal de respuesta inadecuada. En este caso, están indicadas la reevaluación del tratamiento y la consideración de aumentar el apoyo psicosocial o cambiar la medicación.

Seguimiento - Las pruebas toxicológicas se realizan con menos frecuencia en el tratamiento del trastorno por consumo de alcohol que cuando se trata a pacientes con otros trastornos por consumo de otras sustancias. Sin embargo, en algunos casos, como en un individuo que bebe a diario y tiene como objetivo la abstinencia, estas pruebas pueden realizarse semanalmente. El intervalo entre las pruebas puede extenderse a medida que avanza el tratamiento si la respuesta al mismo es favorable. Las pruebas pueden omitirse si el paciente informa que consume o bebe en exceso. Las pruebas que utilizamos para evaluar el progreso del tratamiento incluyen:

- La prueba de etilglucurónido en orina puede identificar el consumo reciente, aunque existen positivos relacionados con otras exposiciones al alcohol (por ejemplo, el desinfectante de manos) [21,22]. Generalmente utilizamos esta prueba semanalmente para los individuos que tienen objetivos de abstinencia.
- La transferrina deficiente en carbohidratos y la gamma-glutamyl transferasa pueden ser útiles para detectar cambios en el consumo excesivo de alcohol en pacientes que tienen valores elevados al inicio. En estos individuos, los niveles pueden ser monitoreados durante el tratamiento: una disminución en el nivel representa una disminución en el consumo excesivo regular. Mientras que la gamma-glutamyl transferasa es inespecífica, la transferrina deficiente en carbohidratos es específica. Sin embargo, ninguna de las dos pruebas es particularmente sensible y ninguna puede utilizarse para confirmar definitivamente la ausencia de consumo de alcohol. La gamma-glutamyl transferasa es menos costosa y está más disponible [21].
- Las pruebas toxicológicas en orina solo pueden detectar el consumo reciente (es decir, en las últimas 72 horas); no pueden distinguir el consumo intenso del ligero ni proporcionan información sobre los síntomas del trastorno por consumo de

alcohol.

Las pruebas de laboratorio y los dispositivos utilizados para detectar el consumo de alcohol se revisan por separado. (Véase ["Risky drinking and alcohol use disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis", section on "Laboratory evaluation".](#))

MANEJO DE LOS PACIENTES CON RESPUESTA SÓLIDA O EN REMISIÓN

Los individuos con trastorno por consumo de alcohol que mantienen la abstinencia o que experimentan una reducción adecuada del consumo excesivo de alcohol deben continuar con los tratamientos psicosociales durante por lo menos seis meses e, idealmente, durante 12 meses. El tratamiento farmacológico debería continuarse idealmente durante por lo menos un año, ya que este es un periodo de tiempo asociado a un menor riesgo de recurrencia.

Solemos hacer un seguimiento semanal de los individuos durante el primer mes para controlar la adherencia y la respuesta a la medicación y para revisar los efectos secundarios de los medicamentos. Si el paciente sigue cumpliendo con el objetivo de tratamiento establecido en ese momento, generalmente vemos a los pacientes cada dos semanas y, eventualmente, cada mes, mientras aconsejamos al individuo que continúe con la medicación prescrita y que asista a los tratamientos psicosociales.

Entre los factores individuales que se debe tener en cuenta a la hora de decidir la duración del tratamiento se encuentran el riesgo de recurrencia por parte del paciente, los efectos secundarios que se presentan, y su percepción del riesgo y las preferencias con respecto a la decisión. Los tratamientos pueden ser menos frecuentes o la medicación puede retirarse según la preferencia del paciente, con un seguimiento de cualquier ansia o vuelta al consumo.

Cuanto más tiempo se mantenga la remisión (abstinencia o reducción a un consumo de bajo riesgo), menor será el riesgo de volver a beber en exceso o de que reaparezca el trastorno por consumo de alcohol. Los estudios han encontrado una mayor estabilidad después de uno, tres y cinco años o más.

Así como sucede con cualquier enfermedad crónica o recurrente, la comunicación entre el médico y el paciente debe continuar una vez finalizado el tratamiento agudo del trastorno por consumo de alcohol, incluso durante períodos prolongados de abstinencia, y su frecuencia e intensidad deben ajustarse de acuerdo con el estado clínico del paciente. (Véase ["Continuing care for addiction: Context, components, and efficacy".](#))

ESTRATEGIAS ANTE UNA RESPUESTA INADECUADA

La estrategia general para los pacientes que no mantienen la abstinencia o una reducción adecuada del consumo excesivo de alcohol con el tratamiento inicial del trastorno por consumo de alcohol es aumentar la intensidad de las intervenciones psicosociales existentes y podría ser apropiado cambiar la medicación o la dosis.

Estrategias psicosociales - Para un paciente que participa en un grupo de 12 pasos y en asesoramiento psicoeducativo sobre el alcohol, por ejemplo, el tratamiento psicosocial actual y la participación en los 12 pasos, según la disponibilidad, pueden ser:

- Aumento de la frecuencia (por ejemplo, el número de grupos por semana)
- Aumento del nivel de atención (por ejemplo, de ambulatorio a tratamiento diurno)
- Esto se complementa con una intervención psicosocial estructurada y basada en la evidencia (si no es participa ya) o se añade una modalidad diferente (por ejemplo, gestión de contingencias, terapia de pareja)

Por ejemplo, si una persona con un trastorno por consumo de alcohol es tratada inicialmente con asesoramiento ambulatorio semanal en grupo e individual sobre el alcohol (con participación en un grupo de ayuda mutua) pero sigue bebiendo con regularidad, el paciente puede pasar a un programa ambulatorio intensivo. Si el aumento del asesoramiento y los grupos de ayuda no son eficaces para alcanzar los objetivos, debe considerarse un programa hospitalario parcial. Además, cuando estén disponibles, otras intervenciones basadas en la evidencia, como la gestión de contingencias, pueden añadirse al tratamiento de grupo preexistente. (Véase ["Contingency management for substance use disorders: Theoretical foundation, principles, assessment, and components"](#) y ["Contingency management for substance use disorders: Efficacy, implementation, and training"](#).)

Al igual que con la selección del tratamiento inicial, existen pocos datos de eficacia para orientar la elección del tratamiento posterior, entre intervenciones específicas o categorías generales de intervención (tratamientos psicosociales, medicación o modalidades combinadas). La elección entre ellas puede hacerse en función de la disponibilidad del tratamiento y de la preferencia del paciente.

Estrategias de medicación - Para los pacientes que no han respondido adecuadamente a la terapia médica inicial, las opciones incluyen ajustes de dosis y la adición o el cambio de medicamentos.

Cambios de dosis - Los médicos suelen probar una dosis más alta de medicación si una dosis más baja no reduce la bebida lo suficiente. Una razón plausible para esta práctica es que una dosis más alta podría compensar las dosis omitidas. Además, una dosis más alta puede tener un mayor efecto percibido por un paciente. Sin embargo, los ensayos no han mostrado

que las dosis más altas conlleven una mayor eficacia. En un pequeño estudio, un mayor nivel de beta-naltrexol (un metabolito de la [naltrexona](#)) se correlacionó con una menor ansia de alcohol [23]. Este hallazgo justifica el uso de dosis más elevadas de naltrexona en pacientes con ansia de consumo persistente. (Véase "[Alcohol use disorder: Pharmacologic management](#)", [section on 'Dose adjustments'](#).)

Cambios en la medicación - En los pacientes que tienen una respuesta inadecuada al tratamiento de primera línea para el trastorno por consumo de alcohol, o en los individuos que tienen una contraindicación para la [naltrexona](#) (por ejemplo, el uso activo de opioides o de opioides prescritos para el manejo del dolor, los individuos con hepatitis aguda o insuficiencia hepática) como primera línea de tratamiento, sugerimos el [acamprosato](#) como la siguiente opción de tratamiento (tratamiento ([tabla 2](#)). (Véase "[Medication treatment](#)" más arriba.)

En los individuos que han tenido una respuesta inadecuada al [acamprosato](#) y a la [naltrexona](#) , nuestra siguiente opción farmacológica sería el [disulfiram](#) o [topiramato](#) , en función de las comorbilidades y de la disponibilidad de apoyo psicosocial. Otros medicamentos con evidencia de beneficio en el tratamiento del trastorno por consumo de alcohol de moderado a grave se revisan en otro artículo. (Véase "[Alcohol use disorder: Pharmacologic management](#)", [section on 'Patients requiring additional therapy'](#).)

La combinación de medicamentos, en particular de aquellos con diferentes mecanismos de acción, en teoría ofrece la posibilidad de un tratamiento más eficaz para los pacientes que no responden adecuadamente a un agente individual. Sin embargo, los datos empíricos no apoyan este enfoque. Las combinaciones de medicamentos y el aumento del tratamiento del trastorno por consumo de alcohol se analizan en otro artículo. (Véase "[Alcohol use disorder: Pharmacologic management](#)", [section on "Subsequent medication trials"](#).)

Factores específicos y poblaciones de pacientes - Una serie de factores clínicos, entre los que se encuentran las enfermedades concurrentes, la motivación y la adherencia del paciente, y los objetivos del tratamiento, pueden influir en la elección inicial y posterior de la medicación para el trastorno por consumo de alcohol. Estos factores se revisan en detalle en otro artículo. (Véase "[Alcohol use disorder: Pharmacologic management](#)", [section on "Specific patient populations"](#).)

ENLACES A DIRECTIVAS DE LA SOCIEDAD

Se proporcionan por separado enlaces a directivas de la sociedad y patrocinadas por el gobierno de determinados países y regiones de todo el [mundo](#). (Véase "[Society guideline](#)"

RESUMEN Y RECOMENDACIONES

- Antes de continuar con el tratamiento del trastorno por consumo de alcohol debe realizarse una evaluación completa y, si está indicado, un tratamiento posterior de la abstinencia de alcohol. Incluso los síntomas leves de abstinencia, o el miedo a los mismos, pueden ser una fuerza motriz que impida al paciente reducir el consumo o dejarlo. (Véase [“Before initiating treatment”](#) más arriba.)
- Para todos los pacientes con trastorno por consumo de alcohol, independientemente de la gravedad del trastorno o de la modalidad de su tratamiento primario, se sugiere el asesoramiento sobre el alcohol y la participación en un grupo de ayuda mutua (**Grado 2C**). Estas intervenciones pueden ser un tratamiento suficiente para un paciente con un trastorno por consumo de alcohol leve. (Véase [‘Selecting psychosocial interventions’](#) más arriba.)
- Para los pacientes con un trastorno por consumo de alcohol de moderado a grave, sugerimos un tratamiento de primera línea con una combinación de medicación, intervenciones psicosociales estructuradas y basadas en la evidencia, servicios sociales cuando sean necesarios y grupos de ayuda mutua, en lugar de cualquiera de estas modalidades por separado (**Grado 2C**). El acceso de los pacientes a estas intervenciones puede variar, y los pacientes difieren mucho en cuanto a sus preferencias. Los pacientes pueden aceptar algunas, una o ninguna de estas opciones. (Véase [“Moderate to severe disorder”](#) más arriba.)
- Para la mayoría de los pacientes con trastorno por consumo de alcohol de moderado a grave tratados con medicación, se sugiere el tratamiento inicial con [naltrexona](#) frente a otros medicamentos disponibles. (**Grado 2C**). El [acamprosato](#) es una alternativa razonable y es nuestra primera opción cuando existen contraindicaciones para la naltrexona. (Véase [“Medication treatment”](#) más arriba.)
- Para las personas que experimentan una respuesta inadecuada al tratamiento con la combinación de medicación e intervenciones psicosociales, existen otras opciones de tratamiento: (Véase [“Strategies for inadequate response”](#) más arriba.)
 - Aumentar la frecuencia o la intensidad del tratamiento psicosocial o añadir otra modalidad.
 - Cambiar la medicación por un agente alternativo.

- Combinar la intervención psicosocial y la medicación (si no se ha hecho ya).
- Los individuos con trastorno por consumo de alcohol que mantienen la abstinencia o que experimentan una reducción adecuada del consumo excesivo de alcohol deben continuar con los tratamientos psicosociales durante por lo menos seis meses e, idealmente, durante 12 meses. El tratamiento farmacológico debería continuarse idealmente durante por lo menos un año ya que este es un periodo de tiempo asociado a un menor riesgo de recurrencia. (Véase [“Strategies for inadequate response”](#) más arriba.)
- Las visitas de seguimiento deben ser lo suficientemente frecuentes como para dar ánimos y apoyo al paciente, involucrar a los familiares si resulta útil, y controlar la respuesta al tratamiento, los efectos secundarios, la adherencia a la medicación y los primeros signos de recaída, que pueden dar lugar a complicaciones graves. (Véase [“Evaluating response to treatment”](#) más arriba.)

El uso de UpToDate está sujeto al [Subscription and License Agreement](#).

REFERENCIAS

1. [GBD 2016 Alcohol and Drug Use Collaborators. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Psychiatry 2018; 5:987.](#)
2. Organización Mundial de la Salud (OMS): Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018.
3. Johnson BA, DiClemente CC, Ait-Daoud N, Stoks SM. Brief Behavioral Compliance Enhancement Treatment (BBCET) manual. En: Handbook of Clinical Alcoholism Treatment, Johnson B A, Ruiz P, Galanter M (Eds), Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore 2003. p.282.
4. Pettinati HM, Weiss RD, Miller WR, et al. Medical Management Treatment Manual: A Clinical Research Guide for Medically Trained Clinicians Providing Pharmacotherapy as Part of the Treatment for Alcohol Dependence. COMBINE Monograph Series, Volumen 2. DHHS Publication No. 04-5289, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; Department of Health and Human Services, Bethesda, MD 2004.
5. [Weiss RD, O'malley SS, Hosking JD, et al. Do patients with alcohol dependence respond to placebo? Results from the COMBINE Study. J Stud Alcohol Drugs 2008; 69:878.](#)
6. [Finney JW, Hahn AC, Moos RH. The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. Addiction 1996; 91:1773.](#)
7. [Ernst DB, Pettinati HM, Weiss RD, et al. An intervention for treating alcohol dependence: relating elements of Medical Management to patient outcomes with implications for primary care. Ann Fam Med 2008; 6:435.](#)
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quinta edición (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
9. [Gastfriend DR, Garbutt JC, Pettinati HM, Forman RF. Reduction in heavy drinking as a treatment outcome in alcohol dependence. J Subst Abuse Treat 2007; 33:71.](#)
10. [Reus VI, Fochtmann LJ, Bukstein O, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Pharmacological Treatment of Patients With Alcohol Use Disorder. Am J Psychiatry 2018; 175:86.](#)
11. [Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL, et al. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. Am J Psychiatry 2008; 165:179.](#)
12. [Latt NC, Jurd S, Houseman J, Wutzke SE. Naltrexone in alcohol dependence: a randomised controlled trial of effectiveness in a standard clinical setting. Med J Aust 2002; 176:530.](#)

13. [Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, et al. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. JAMA 2006; 295:2003.](#)
14. [Anton RF, Moak DH, Latham P, et al. Naltrexone combined with either cognitive behavioral or motivational enhancement therapy for alcohol dependence. J Clin Psychopharmacol 2005; 25:349.](#)
15. [Tonigan JS, Toscova R, Miller WR. Meta-analysis of the literature on Alcoholics Anonymous: sample and study characteristics moderate findings. J Stud Alcohol 1996; 57:65.](#)
16. [Shadish WR, Baldwin SA. Effects of behavioral marital therapy: a meta-analysis of randomized controlled trials. J Consult Clin Psychol 2005; 73:6.](#)
17. [McCready BS, Epstein EE, Cook S, et al. A randomized trial of individual and couple behavioral alcohol treatment for women. J Consult Clin Psychol 2009; 77:243.](#)
18. [O'Farrell TJ, Cutter HS, Choquette KA, et al. Behavioral marital therapy for male alcoholics: Marital and drinking adjustment during the two years after treatment. Behav Ther 1992; 23:529.](#)
19. [O'Farrell TJ, Choquette KA, Cutter HS. Couples relapse prevention sessions after behavioral marital therapy for male alcoholics: outcomes during the three years after starting treatment. J Stud Alcohol 1998; 59:357.](#)
20. [Schumm JA, O'Farrell TJ, Kahler CW, et al. A randomized clinical trial of behavioral couples therapy versus individually based treatment for women with alcohol dependence. J Consult Clin Psychol 2014; 82:993.](#)
21. [Andresen-Streichert H, Müller A, Glahn A, et al. Alcohol Biomarkers in Clinical and Forensic Contexts. Dtsch Arztebl Int 2018; 115:309.](#)
22. [Woźniak MK, Wiergowski M, Namieśnik J, Biziuk M. Biomarkers of Alcohol Consumption in Body Fluids - Possibilities and Limitations of Application in Toxicological Analysis. Curr Med Chem 2019; 26:177.](#)
23. [Brünen S, Bekier NK, Hiemke C, et al. Therapeutic Drug Monitoring of Naltrexone and 6β-Naltrexol During Anti-craving Treatment in Alcohol Dependence: Reference Ranges. Alcohol 2019; 54:51.](#)

Tema 108891 Versión 14.0

GRÁFICOS

Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno por consumo de alcohol

Un patrón problemático de consumo de alcohol que conduce a un deterioro o malestar clínicamente significativo, manifestado por al menos 2 de los siguientes factores, que se producen en un período de 12 meses:

1. El alcohol se toma a menudo en grandes cantidades o durante un período más largo de lo previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos por reducir o controlar el consumo de alcohol.
3. Se dedica mucho tiempo a actividades necesarias para obtener alcohol, a consumirlo o a recuperarse de sus efectos.
4. Ansia de consumo, o un fuerte deseo o impulso de consumir alcohol.
5. Consumo recurrente de alcohol que resulta en el incumplimiento de obligaciones importantes en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de alcohol a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. Abandono o reducción de las actividades sociales, laborales o recreativas importantes debido al consumo de alcohol.
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que es físicamente peligroso.
9. El consumo de alcohol es continuado a pesar de saber que se tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por el alcohol.
10. Tolerancia, definida por uno de los siguientes factores:
 - a. Necesidad de aumentar considerablemente la cantidad de alcohol para lograr la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente menor en comparación con el uso continuado de la misma cantidad de alcohol.
11. Abstinencia, definida por uno de los siguientes factores:
 - a. El síndrome de abstinencia característico del alcohol (consulte los criterios A y B del conjunto de criterios para la abstinencia del alcohol, pp. 499 a 500).
 - b. El alcohol (o una sustancia estrechamente relacionada, como una benzodiacepina) se toma para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Especifique si:

En remisión temprana: Después de que se cumplieran previamente con todos los criterios del trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de los criterios del trastorno por consumo de alcohol durante por lo menos 3 meses pero durante menos de 12 meses (con la excepción de que puede cumplirse el Criterio A4, "Ansia, o un fuerte deseo o impulso de consumir alcohol").

En remisión sostenida: Después de que se cumplieran previamente todos los criterios del trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de los criterios del trastorno por consumo de alcohol en ningún momento durante un período de 12 meses o más (con la excepción de que puede cumplirse el Criterio A4, "Ansia, o un fuerte deseo o impulso de consumir alcohol").

Especifique si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza si el individuo se encuentra en un entorno en el que el acceso al alcohol está restringido.

Codifique en función de la gravedad actual: Nota para los códigos CIE-10-CM: Si también está presente una intoxicación por alcohol, un síndrome de abstinencia por alcohol u otro trastorno mental inducido por el alcohol, no utilice los códigos siguientes para el trastorno por consumo de alcohol. En su lugar, el trastorno por consumo de alcohol comórbido se indica en el cuarto carácter del código del trastorno inducido por el alcohol (véase la nota de codificación para la intoxicación por alcohol, la abstinencia de alcohol o un trastorno mental específico inducido por el alcohol). Por ejemplo, si existe una intoxicación alcohólica y un trastorno por consumo de alcohol comórbidos, solo se da el código de intoxicación alcohólica, y el cuarto carácter indica si el trastorno por consumo de alcohol comórbido es leve, moderado o grave: F10.129 para un trastorno por consumo de alcohol leve con intoxicación alcohólica o F10.229 para un trastorno por consumo de alcohol moderado o grave con intoxicación alcohólica.

Especifique la gravedad actual:

305 (F10.1) Leve: Presencia de 2 a 3 síntomas.

303.9 (F10.2) Moderado: Presencia de 4 a 6 síntomas.

303.9 (F10.2) Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

DSM-5: American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Quinta Edición; ICD-10-CM: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Clinical Modification.

Agentes de primera y segunda línea utilizados en el tratamiento de adultos con trastorno por consumo de alcohol

	Dosis diaria inicial	Titulación o rango de dosis diaria	Selección e los efectos adversos*	Contraindicaciones	Consideraciones sobre la dosificación y el control
Agentes de primera línea: Para los pacientes recién diagnosticados con un trastorno por consumo de alcohol de moderado a grave, sugerimos la naltrexona. En los individuos a los que se les prescriben opioides o que los consumen, o en aquellos con insuficiencia hepática o hepatitis aguda, utilizamos acamprosato.					
Naltrexona (intramuscular)	380 mg IM cada 4 semanas.	—	Reacción en el lugar de la inyección: dolor, celulitis, hematoma, induración, absceso estéril. Neurológicos: dolor de cabeza, mareos, alteraciones del sueño. Gastrointestinal es: náuseas, disminución del apetito, dolor abdominal. Hepáticos: aumento de las transaminasas.	Hipersensibilidad a la naltrexona o a un componente de la formulación. Uso actual de opioides o prescripción para el tratamiento del dolor. Insuficiencia hepática o elevación de las enzimas hepáticas ≥ 3 a 5 veces lo normal.	Puede comenzar el tratamiento mientras el paciente aún esté bebiendo. Las enzimas hepáticas deben controlarse dentro varias semanas una vez iniciado el tratamiento y luego cada 6 meses durante el tratamiento en curso.
Naltrexona (oral)	50 mg por vía oral una vez al día. Algunos individuos pueden requerir la titulación a 100 mg una vez al día después de 1 semana.	Rango de dosis habitual: 50 a 100 mg/día.	Neurológicos: dolor de cabeza, mareos, alteraciones del sueño. Gastrointestinal es: náuseas, disminución del apetito, dolor abdominal. Hepáticos: aumento de las transaminasas.		

Acamprosato	666 mg por vía oral 3 veces al día.	—	Gastrointestinal : diarrea. Neurológicos: ansiedad, insomnio, depresión, mareos.	Hipersensibilidad al acamprosato. CrCl <30 mL/min.	Se recomienda una dosis inicial más baja (es decir, 333 mg por vía oral 3 veces al día) para individuos con insuficiencia renal moderada (CrCl 30 a 50 mL/min).
Agentes de segunda línea: En individuos que no han tenido una respuesta clínicamente aceptable a los agentes iniciales, sugerimos los siguientes agentes. En individuos con trastorno convulsivo, utilizamos topiramato.					
Disulfiram	Dosis de carga: 500 mg por vía oral una vez al día durante 1 a 2 semanas.	Después de la dosis de carga, la dosis promedio de mantenimiento es de 250 mg vía oral una vez al día (rango: 125 a 500 mg/día).	Neurológicos: fatiga, dolor de cabeza, sabor amargo (ajo), neuropatía. Hepáticos: hepatitis.	Enfermedad miocárdica aguda, psicosis, hipersensibilidad a los derivados del tiuram, consumo continuado de alcohol.	Las enzimas hepáticas deben controlarse durante varias semanas una vez iniciado el tratamiento y luego cada 6 meses durante el tratamiento en curso.
Topiramato (liberación inmediata)	25 mg por vía oral una vez al día.	Aumentar la dosis diaria en 25 mg por semana durante 4 semanas, luego aumentar en 50 mg por semana hasta una dosis máxima de 300 mg por día según tolerancia. Las dosis diarias >50 mg se administran en dosis divididas.	Gastrointestinal es: dolor abdominal, diarrea, náuseas. Metabólicos: pérdida de peso. Neurológicos: mareos, somnolencia, fatiga, deterioro cognitivo (por ejemplo, deterioro de la memoria, dificultades para encontrar las palabras), parestesia.	Hipersensibilidad al topiramato.	Se recomiendan dosis más bajas (por ejemplo, reducción de la dosis en un 50 %) y una titulación más lenta en caso de insuficiencia renal (CrCl <70 mL/min/1,73 m ²). mL/min/1.73 m ²).
Gabapentina	300 mg por vía oral una vez al día.	Aumentar la dosis diaria en 300 mg cada 1 o 2 días según tolerancia, hasta la dosis objetivo de 600 mg 3 veces al día.	Neurológicos: mareos, somnolencia, cambios de humor. Gastrointestinal es: náuseas, diarrea.	Hipersensibilidad a la gabapentina o a un componente de la formulación.	Se recomiendan dosis más bajas para la insuficiencia renal (CrCl <50 mL/min).

12/08/2021			Enfoque del tratamiento del trastorno por consumo		
			Riesgo de abuso y adicción.		

IM: intramuscular; CrCl: aclaramiento de creatinina.
* Esta no es una lista completa. Para más información, consulte la información sobre el medicamento Lexicomp incluida en UpToDate.
¶ Consulte la tabla de escalado de dosis de topiramato en

UpToDate. Gráficos 131714 Versión 3.0

Declaraciones de los colaboradores

Richard Saitz, MD, MPH, FACP, DFASAM Subvención/Investigación/Apoyo en Ensayos Clínicos: Alkermes [Alkermes proporciona la medicación de estudio para un ensayo clínico con el apoyo de NIH sobre el trastorno por consumo de alcohol].

Consultor/Consejos Consultivos: Checkup & Choices [Intervenciones electrónicas para el consumo de alcohol en atención primaria]. **Andrew J Saxon, MD** Consultor/Consejos Consultivos: Alkermes Inc [trastorno por consumo de opiáceos]; Indivior [trastorno por consumo de opiáceos]. Otros intereses financieros: Alkermes Inc [Trastorno por consumo de opiáceos]. **Michael Friedman, MD** Nada que declarar

El grupo editorial revisa las declaraciones de los colaboradores en busca de conflictos de intereses. Cuando se encuentran, se abordan mediante un proceso de revisión de varios niveles y mediante la exigencia de que se proporcionen referencias para respaldar el contenido. Todos los autores deben presentar un contenido debidamente referenciado, que se ajuste a las normas de evidencia de UpToDate.

[Política de conflicto de intereses:](#)

□