

**Actualizada**

# Ayudando a Pacientes que Beben en Exceso



**GUÍA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD**

Edición Actualizada del 2005

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS  
Institutos Nacionales de Salud  
Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo

**Nuevos  
Materiales de  
Apoyo**



## Tabla de Contenido

Introducción .....	1
Qué es Igual, Qué Hay de Nuevo en esta Actualización .....	2
Antes de Empezar .....	3
<b>Cómo Ayudar a Pacientes que Beben en Exceso: Enfoque Clínico</b>	
Paso 1: Pregunte sobre el Uso de Alcohol .....	4
Paso 2: Evalúe la Presencia de Trastornos por el Uso de Alcohol .....	5
Paso 3: Oriente y Ayude	
Consumo de Riesgo .....	6
Trastornos por el Uso de Alcohol .....	7
Paso 4: Para el Seguimiento: Continúe Brindando Apoyo	
Consumo de Riesgo .....	6
Trastornos por el Uso de Alcohol .....	7

## Apéndice

Materiales de Apoyo para Profesionales de la Salud .....	10
Materiales de Apoyo para los Pacientes .....	24
Materiales En el Internet para Profesionales de la Salud y Pacientes ..	27
Preguntas Frecuentes .....	28
Notas .....	33

*...los hombres que consumen más de 4 bebidas estándar en un día (o más de 14 a la semana) y las mujeres que consumen más de 3 al día (o más de 7 a la semana) tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas relacionados al consumo de alcohol.*

## Introducción

Esta *Guía* ha sido escrita para profesionales de la salud de atención primaria y salud mental. Ha sido producida por el Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo (NIAAA por sus siglas en inglés), un componente de los Institutos Nacionales de Salud, con la orientación de médicos, enfermeros, enfermeros especialistas avanzados, asistentes médicos e investigadores clínicos.

### ¿Cuánto es “en exceso”?

El consumo de alcohol se considera en exceso cuando causa o aumenta el riesgo de padecer problemas relacionados con el alcohol o complica el manejo de otros problemas de salud. Según investigaciones epidemiológicas, **los hombres que consumen más de 4 bebidas estándar en un día (o más de 14 a la semana) y las mujeres que consumen más de 3 al día (o más de 7 a la semana) tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas relacionados al consumo de alcohol.**<sup>1</sup>

Sin embargo, las respuestas individuales al alcohol varían. El consumo de alcohol a niveles más bajos puede resultar problemático dependiendo de muchos factores, tales como la edad, condiciones coexistentes y el uso de medicamentos. Debido a que no se sabe si cierta cantidad de alcohol es inofensiva durante el embarazo, el Cirujano General recomienda que las mujeres embarazadas o que piensan llegar a estarlo se abstengan de consumir alcohol.<sup>2</sup>

### ¿Por qué investigar si alguien bebe en exceso?

- **El consumo de riesgo y los problemas ocasionados por el alcohol son frecuentes.** Aproximadamente 3 de cada 10 adultos estadounidenses beben en niveles que aumentan su riesgo de padecer problemas físicos, mentales y sociales. De estos bebedores en exceso, aproximadamente 1 de cada 4 abusa o tiene dependencia del alcohol actualmente.<sup>3</sup> Todos los bebedores en exceso tienen un mayor riesgo de sufrir hipertensión, sangrado gastrointestinal, trastornos del sueño, depresión considerable, apoplejía, cirrosis hepática y diversos tipos de cáncer.<sup>4</sup>
- **A menudo el consumo excesivo pasa desapercibido.** En un estudio reciente en establecimientos de atención primaria de salud, por ejemplo, los pacientes con dependencia del alcohol recibieron la calidad de atención recomendada, incluyendo evaluación y referencia para tratamiento, pero aproximadamente sólo en un 10 por ciento de las veces.<sup>5</sup>
- **Los pacientes tienden a ser más receptivos, abiertos y listos para el cambio de lo que usted espera.** La mayoría de los pacientes no se oponen a ser investigados por el consumo de alcohol por parte de los profesionales de la salud y están abiertos a escuchar consejos posteriormente.<sup>6</sup> Además, la mayoría de los pacientes de atención primaria que resultan positivos por consumo excesivo o trastornos por el consumo de alcohol muestran cierta buena disposición al cambio, siendo aquellos que tienen los síntomas más graves los más dispuestos.<sup>7</sup>
- **Usted está en la mejor posición para crear cambios.** Los ensayos clínicos han demostrado que intervenciones breves pueden promover reducciones significativas y duraderas de los niveles de uso de alcohol entre los consumidores en riesgo y sin dependencia del alcohol.<sup>8</sup> Algunos consumidores con dependencia aceptarán la referencia a programas para el tratamiento de la adicción. Incluso para pacientes que no aceptan una referencia, las visitas continuas al proveedor de atención médica, centradas en la dependencia del alcohol, pueden conducir a una mejora significativa.<sup>9,10</sup>

Si aún no lo ha hecho, le animamos a que incorpore en su consulta la indagación e intervención sobre el uso del alcohol. **Con esta *Guía*, usted tiene lo necesario para empezar.**

## Qué es Igual, Qué Hay de Nuevo en esta Actualización

### Igual enfoque para la indagación e intervención

El enfoque para la indagación e intervención sobre el uso del alcohol presentado en la *Guía 2005* original permanece igual. Dicha edición estableció una cantidad de nuevas orientaciones comparada con versiones anteriores, incluyendo una pregunta de indagación simplificada y única, más orientación para el manejo de pacientes dependientes del alcohol y una audiencia específica ampliada que incluye profesionales de la salud mental, ya que sus pacientes están más propensos a tener problemas con el alcohol que los de la población general.<sup>11,12</sup>

En las secciones de “cómo”, dos revisiones pequeñas son dignas de mencionar. La retroalimentación obtenida de la *Guía* nos indica que algunos pacientes no consideran que la cerveza es una bebida alcohólica, de modo que la pregunta de indagación previa de la página 4 ahora dice: “¿Consume algunas veces *cerveza, vino u otras* bebidas alcohólicas?” Y en la página 5, los criterios de evaluación permanecen iguales, pero la secuencia refleja ahora de mejor forma la probable progresión de los síntomas en los trastornos por el uso del alcohol.

### Materiales de apoyo actualizados y nuevos

- **Sección actualizada sobre medicamentos.** La sección sobre prescripción de medicamentos (páginas 13 a 16) contiene información adicional acerca de estrategias y opciones de tratamiento. Describe una droga inyectable de liberación prolongada y recientemente aprobada para el tratamiento de la dependencia del alcohol, la cual se une a tres medicamentos orales aprobados anteriormente.
- **Apoyo para el manejo de los medicamentos.** Los pacientes que toman medicamentos para la dependencia del alcohol necesitan cierto apoyo conductual, pero no tiene necesariamente que ser consejería especializada sobre alcohol. Para los profesionales de la salud que se encuentran en entornos de medicina general y salud mental, ahora la Guía provee un programa breve y efectivo de apoyo conductual, que fue desarrollado para pacientes que recibieron farmacoterapia en un reciente ensayo clínico (páginas 17 a 22).
- **Recurso especializado para consejería sobre el uso de alcohol.** Para los profesionales de la salud mental que desean ofrecer consejería especializada para la dependencia del alcohol, hemos añadido información acerca de una intervención conductual de vanguardia desarrollada también para un reciente ensayo clínico (página 31).
- **Recursos en el Internet.** Una nueva página en el sitio Web de NIAAA está dedicada a la *Guía* y recursos relacionados ([www.niaaa.nih.gov/guide](http://www.niaaa.nih.gov/guide)). Refiérase a la página 27 para una muestra de formularios, publicaciones y recursos de capacitación disponibles.
- **Nuevo manual para la educación de los pacientes.** “Estrategias para la Reducción del Consumo” ofrece orientación concisa para pacientes que están listos para reducir o abandonar el consumo de alcohol. El manual puede ser fotocopiado de la página 26 o descargado desde [www.niaaa.nih.gov/guide](http://www.niaaa.nih.gov/guide), donde también está disponible en inglés.
- **Secciones transferidas.** Dos recursos de apéndices de la versión anterior (las preguntas de muestra para evaluación y las notas de progreso pre-formateadas para visitas iniciales y de seguimiento) están disponibles ahora en el Internet en la dirección [www.niaaa.nih.gov/guide](http://www.niaaa.nih.gov/guide). La sección anterior “Materiales de NIAAA” ahora es parte de “Materiales en el Internet para Profesionales de la Salud y Pacientes” en la página 27.

## Antes de Empezar...

### Decida su método de indagación

La *Guía* provee dos métodos para la indagación: una sola pregunta (sobre días en que bebe en exceso) para usar durante la entrevista clínica y un instrumento de auto-informe escrito (el cuestionario AUDIT—refiérase a la página 11). La entrevista de una sola pregunta puede ser usada en cualquier momento, ya sea junto con el cuestionario AUDIT o sola. Algunos establecimientos de salud podrán preferir que los pacientes llenen el cuestionario AUDIT antes de que vean al profesional de la salud. Toma menos de 5 minutos completar el cuestionario y puede ser copiado o incorporado al historial médico.

### Piense en las indicaciones clínicas para la indagación

Las oportunidades claves incluyen

- Como parte un **examen de rutina**
- Antes de **prescribir un medicamento** que interactúa con el alcohol (refiérase al cuadro en la página 29)
- En el **departamento de emergencia** o centro de atención de emergencia
- En pacientes que
  - están **embarazadas** o tratando de concebir
  - tienen **propensión a beber en exceso**, tales como fumadores, adolescentes y adultos jóvenes
  - tienen problemas de salud que **podrían haber sido inducidos por el alcohol**, tales como
 

arritmia cardíaca	dispepsia	enfermedad hepática
ansiedad o depresión	insomnio	trauma
  - tienen **enfermedades crónicas que no responden al tratamiento como se esperaba**, tales como
 

dolor crónico	diabetes	trastornos gastrointestinales
depresión	enfermedad cardíaca	hipertensión

### Establezca su práctica para simplificar el proceso

- Decida quién realizará la indagación (usted, otro personal clínico, el recepcionista que reparte el cuestionario AUDIT)
- Use las notas de progreso pre-formateadas (refiérase a “Materiales en el Internet” en la página 27)
- Use los recordatorios de la computadora (si usa registros médicos electrónicos)
- Mantenga copias de la guía de bolsillo (incluidas) en información de referencia en los cuartos de examen
- Monitoree su desempeño a través de prácticas del cuestionario

# Cómo Ayudar a Pacientes que Beben en Exceso: Enfoque Clínico

## PASO 1 Pregunte sobre el Uso de Alcohol

Indagación Previa: ¿Consume algunas veces cerveza, vino u otras bebidas alcohólicas?

NO

Indagación Completa.

SI

Haga la pregunta de indagación sobre días de bebida en exceso:  
¿Cuántas veces en el último año ha consumido...

5 o más bebidas en un día? (para hombres)      4 o más bebidas en un día? (para mujeres)

Una bebida estándar equivale a 12 onzas de cerveza, 5 onzas de vino o 1.5 onzas de alcohol a 80-proof-40% alcohol – refiérase al cuadro en la página 24.

Si el paciente usó un auto-informe escrito (tal como el AUDIT, p. 11), COMIENCE AQUÍ

¿Es positiva la indagación?

- ▶ 1 o más días de consumo en exceso o
- ▶ Puntaje AUDIT de  $\geq 8$  para hombres o  $\geq 4$  para mujeres

NO

SI

■ Aconseje permanecer dentro de estos límites:

### Límites de Consumo Máximo

Para **hombres** saludables **hasta 65 años de edad**—

- no más de 4 bebidas en un **día** Y
- no más de 14 bebidas en una **semana**

Para **mujeres** saludables (y **hombres** saludables **mayores de 65 años de edad**)—

- no más de 3 bebidas en un **día** Y
- no más de 7 bebidas en una **semana**

- Recomiende **límites menores o abstinencia** según indicaciones médicas: por ejemplo, para pacientes que
  - toman **medicamentos** que interactúan con el alcohol
  - tienen una **condición médica** exacerbada por el alcohol
  - están **embarazadas** (recomiende abstinencia)

■ Sea **abierto al hablar** sobre el uso del alcohol y cualquier inquietud que pueda surgir

■ **Vuelva a indagar** anualmente

■ Su paciente necesita evaluación adicional. Para una mejor visión del patrón de bebida, determine el **promedio semanal**:

- En promedio, ¿cuántos **días** a la semana ingiere bebidas alcohólicas?
- En un día típico de bebida, ¿cuántas **bebidas** ingiere?

Promedio semanal

■ **Registre** los días de bebida en exceso durante el último año y el promedio semanal en la gráfica del paciente (refiérase a la página 27 para una nota de progreso inicial descargable).

CONTINÚE  
CON EL PASO  
2



## PASO 2 Evalúe la Presencia de Trastornos por el Uso de Alcohol

A continuación, determine si existe un *patrón de mala adaptación en el uso del alcohol* que esté causando *ansiedad o problemas clínicamente significativos*. Es importante evaluar la gravedad y extensión de todos los síntomas relacionados con el uso de alcohol para informar sus decisiones acerca del manejo del caso. La siguiente lista de síntomas ha sido adaptada basándose en el *Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales, 4ta Edición (DSM-IV), Revisado*. Existen preguntas de evaluación de muestra en el Internet en [www.niaaa.nih.gov/guide](http://www.niaaa.nih.gov/guide).

Determine si durante los últimos 12 meses el consumo de alcohol de su paciente ha causado o contribuido **repetidamente** a

- riesgo** de lesión corporal (beber y conducir, operar maquinaria, nadar)
- problemas de **relaciones** (familia o amistades)
- incumplimiento de rol** (interferencia con las obligaciones del hogar, el trabajo o la escuela)
- altercados** con la ley (arrestos u otros problemas legales)

Si responde afirmativamente a **una o más** preguntas → su paciente tiene **abuso de alcohol**.

*En cualquiera de los casos, proceda a evaluar los síntomas de dependencia.*

Determine si en los últimos 12 meses su paciente

- no ha podido adherirse a los límites de bebidas** (los ha sobrepasado repetidamente)
- no ha podido reducir la bebida o abstenerse** (intentos fallidos repetidos)
- ha mostrado tolerancia** (necesitó beber mucho más para obtener el mismo efecto)
- ha mostrado señales del síndrome de abstinencia** (temblores, sudoración, náusea o insomnio cuando trata de dejar de beber o consumir menos)
- ha seguido bebiendo a pesar de los problemas** (problemas físicos o psicológicos recurrentes)
- ha pasado mucho tiempo bebiendo** (o anticipándose o recuperándose de la bebida)
- ha dedicado menos tiempo a otros asuntos** (actividades que habían sido importantes o placenteras)

Si responde afirmativamente a **tres o más** preguntas → su paciente tiene **dependencia al alcohol**.

¿Cumple el paciente con los criterios para abuso o dependencia del alcohol?

NO

Su paciente todavía está en riesgo de desarrollar problemas relacionados con el alcohol

CONTINÚE CON  
LOS PASOS 3 Y 4  
para CONSUMO DE  
RIESGO,  
página 6

SI

Su paciente tiene un trastorno por uso del alcohol

CONTINÚE CON  
LOS PASOS 3 Y 4  
para TRASTORNOS  
POR USO DEL  
ALCOHOL,  
página 7

## CONSUMO DE RIESGO (no se presenta abuso ni dependencia)

### PASO 3 Oriente y Ayude (Intervención Breve)

■ **Indique claramente su conclusión y recomendación:**

- “Está bebiendo más de lo que se considera médicamente seguro”. Refiérase a las inquietudes del paciente y hallazgos médicos, si hubiere. (Considere usar el cuadro de la página 25 para mostrar el aumento de riesgo.)
- “Recomiendo enfáticamente que reduzca (o deje) la bebida y estoy dispuesto a ayudarlo”. (Refiérase a la página 29 para recomendaciones.)

■ **Mida la disposición para cambiar los hábitos de bebida:**

“¿Está dispuesto a realizar cambios en su consumo de alcohol?”

¿Está listo el paciente para comprometerse a cambiar en este momento?

NO

No se desanime—la ambivalencia es frecuente. Su consejo probablemente ha inducido un cambio en el pensamiento de su paciente, un cambio positivo de por sí. Mediante refuerzo continuo, su paciente podrá decidir tomar acción. Por ahora,

- **Vuelva a expresar su inquietud** acerca de su salud.
- **Estimule la reflexión** pidiéndole a los pacientes que comparen lo que les gusta de la bebida contra sus razones para reducirla. ¿Cuáles son las principales barreras para el cambio?
- **Reafirme su disposición a ayudar** cuando el paciente se sienta listo.

SI

- **Ayude a fijar una meta** para reducir dentro de los límites máximos (refiérase al Paso 1) o abstenerse durante un tiempo.
- **Acuerde un plan**, incluyendo
  - qué pasos específicos tomará el paciente (por ejemplo: no ir a un bar después del trabajo, medir todas las bebidas en casa, alternar bebidas alcohólicas y no alcohólicas).
  - cómo se medirá el consumo (diario, o en calendario de cocina).
  - como el paciente va a enfrentar situaciones de alto riesgo.
  - quién estaría dispuesto a ayudar, como el cónyuge o amigos no bebedores.
- **Proporcione materiales educativos.** Refiérase a la página 26 para “Estrategias para la Reducción del Consumo” y a la página 27 para otros materiales disponibles de NIAAA.

### PASO 4 Para el Seguimiento: Continúe Brindando Apoyo

**RECORDATORIO:** Documente el uso del alcohol y revise las metas en cada visita (refiérase a la página 27 para las notas de progreso descargables).

¿Pudo el paciente alcanzar y mantener la meta de consumo?

NO

- **Acepte que el cambio es difícil.**
- **Apoye cualquier cambio positivo** y aborde las barreras para alcanzar la meta.
- **Renegocie la meta y el plan;** considere una prueba de abstinencia.
- **Considere comprometer a la pareja o cónyuge.**
- **Reevalúe el diagnóstico** si el paciente no puede reducir ni abstenerse. (Continúe con el Paso 2.)

SI

- **Refuerce y apoye la adherencia continua** a las recomendaciones.
- **Renegocie las metas del consumo** según se indica (por ejemplo: si la condición médica cambia o si un paciente en abstinencia desea volver a beber).
- **Anime al paciente a regresar** si no puede mantener la adherencia.
- **Indague de nuevo** por lo menos una vez al año.

## TRASTORNOS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL (abuso o dependencia)

### PASO 3 Oriente y Ayude (Intervención Breve)

■ **Indique claramente su conclusión y recomendación:**

- “Creo que tiene un trastorno por el uso de alcohol. Recomiendo enfáticamente que deje de beber y estoy dispuesto a ayudarlo”.
- Refiérase a las inquietudes del paciente y hallazgos médicos, si hubiere.

■ **Negocie una meta de consumo:**

- La abstinencia es la medida más segura para la mayoría de los pacientes con trastornos por el uso de alcohol.
- Los pacientes que tienen formas más leves de abuso o dependencia y no están dispuestos a abstenerse, podrán tener éxito reduciendo el consumo. (Refiérase al Paso 3 para Consumo de Riesgo.)

■ **Considere referirlo a un especialista en adicción para una evaluación adicional,** especialmente si el paciente es dependiente. (Refiérase a la página 23 para sugerencias sobre encontrar recursos de tratamiento.)

■ **Considere recomendar un grupo de ayuda mutua.**

■ Para pacientes que tienen dependencia, **considere**

- la necesidad de **abstinencia controlada médicamente** (desintoxicación) y tratamiento respectivo (refiérase a la página 31).
- prescribir un **medicamento** para dependencia del alcohol para aquellos que apoyan la abstinencia como una meta (refiérase a la página 13).

■ **Coordine citas de seguimiento** incluyendo apoyo para el control de medicamentos, de ser necesario (refiérase a la página 17).

### PASO 4 Para el Seguimiento: Continúe brindando apoyo

**RECORDATORIO:** Documente el uso del alcohol y revise las metas en cada visita (refiérase a la página 27 para las notas de progreso descargables). Si el paciente está recibiendo un medicamento para la dependencia del alcohol, se debería suministrar apoyo para el control de medicamentos (refiérase a la página 17).

¿Pudo el paciente alcanzar y mantener la meta de consumo?

NO

- **Acepte que el cambio es difícil.**
- **Apoye los esfuerzos** para reducir o abstenerse, aclarando que su recomendación es la abstinencia.
- **Relacione la bebida a los problemas** (médicos, psicológicos y sociales) según corresponda.
- Si las siguientes medidas no se han tomado todavía, **considere**
  - referirlo a un **especialista en adicción** o consultar uno.
  - recomendar un **grupo de ayuda mutua**.
  - comprometer a la **pareja o cónyuge**.
  - prescribir un **medicamento** para pacientes con dependencia del alcohol que apoyan la abstinencia como una meta.
- **Aborde los trastornos coexistentes**—médicos y psiquiátricos—según sea necesario.

SI

- **Refuerce y apoye la adherencia continua** a las recomendaciones.
- **Coordine la atención** con un especialista si el paciente ha aceptado ser referido.
- **Mantenga los medicamentos** para dependencia del alcohol por lo menos 3 meses y, de allí en adelante, según sea clínicamente indicado.
- **Trate la dependencia coexistente a la nicotina** de 6 a 12 meses después de alcanzar la meta de bebida.
- **Aborde los trastornos coexistentes**—médicos y psiquiátricos—según sea necesario.



# Apéndice

## **Materiales de Apoyo para el Profesional de la Salud**

Instrumento de Indagación: El Cuestionario (AUDIT) para la Identificación de Trastornos Relacionados con el Uso de Alcohol . . . . .	10
Prescripción de Medicamentos para la Dependencia del Alcohol. . . . .	13
Apoyo a Pacientes Que Toman Medicamentos para la Dependencia del Alcohol . . . . .	17
Plantilla de la Sesión Inicial para el Apoyo en el Manejo de Medicamentos para la Dependencia del Alcohol . . . . .	19
Plantilla de la Sesión de Seguimiento . . . . .	21
Recursos de Referencia . . . . .	23

## **Materiales de Educación para los Pacientes**

¿Qué es una Bebida Estándar? . . . . .	24
Patrones de Consumo de Alcohol en los Estados Unidos. . . . .	25
Estrategias para la Reducción del Consumo. . . . .	26

## **Materiales en el Internet para Profesionales de la Salud y Pacientes . .** 27

## **Preguntas Frecuentes**

Acerca de la Indagación por el Uso de Alcohol e Intervenciones Breves. . . . .	28
Acerca de los Niveles de Consumo de Alcohol y Consejos. . . . .	29
Acerca del Diagnóstico y Ayuda a Pacientes Que Tienen Trastornos por el Uso de Alcohol . . . . .	31

## **Notas . . . . .** 33

## Instrumento de Indagación: El Cuestionario (AUDIT) para la Identificación de Trastornos Relacionados con el Uso de Alcohol

Su establecimiento médico podrá preferir que los pacientes llenen un instrumento de indagación por escrito antes de que vean al profesional de la salud. Con ese fin, en esta *Guía* se proporciona el cuestionario AUDIT, tanto en inglés como en español. Sólo toma aproximadamente 5 minutos completarlo, ha sido puesto a prueba en el ámbito internacional en entornos de atención primaria y tiene altos niveles de validez y confiabilidad. Puede fotocopiar estas páginas o descargarlas del sitio [www.niaaa.nih.gov/guide](http://www.niaaa.nih.gov/guide).

### Calificación del Cuestionario AUDIT

Registre la calificación para cada respuesta en el cuadro en blanco al final de cada línea, luego sume estos números. El puntaje máximo posible es 40.

Los puntajes de 8 o más para hombres hasta los 60 años de edad o de 4 para mujeres, adolescentes y hombres mayores de 60 años de edad son considerados como resultados positivos.<sup>14,15,16</sup> Para pacientes con puntajes cercanos a los puntos de corte, se recomienda a los profesionales de la salud que examinen las respuestas individuales a las preguntas y las aclaren durante el examen clínico.

**Nota:** La sensibilidad y especificidad del cuestionario AUDIT para detectar el consumo en exceso y los trastornos por el uso del alcohol varían de acuerdo a las diferentes poblaciones. Al disminuir los puntos de corte, la sensibilidad aumenta (la proporción de los casos “positivos verdaderos”) y al mismo tiempo aumentan los casos de falsos positivos. Por consiguiente, puede ser más fácil usar un punto de corte de 4 para todos los pacientes, reconociendo que se podrían identificar más casos de falsos positivos entre los hombres adultos.

### Continuar con la indagación y la evaluación

Después de haber completado el cuestionario AUDIT, continúe con el Paso 1, en la página 4.

PACIENTE: Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que le agradecemos su honestidad.

Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

Preguntas	0	1	2	3	4	
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana	
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más	
3. ¿Con qué frecuencia toma 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
					<b>Total</b>	

**Nota:** Este cuestionario (el AUDIT) se reimprime con permiso de la Organización Mundial de la Salud y la Generalitat Valenciana Conselleria de Benestar Social. Para reflejar las medidas estándares de consumo en los Estados Unidos, la cantidad de tragos en la pregunta 3 fue cambiada de 6 a 5. En el sitio [www.who.org](http://www.who.org) está disponible en forma gratuita un manual AUDIT con guías para su uso en la atención primaria.

PATIENT: Because alcohol use can affect your health and can interfere with certain medications and treatments, it is important that we ask some questions about your use of alcohol. Your answers will remain confidential, so please be honest.

Place an X in one box that best describes your answer to each question.

Questions	0	1	2	3	4	
1. How often do you have a drink containing alcohol?	Never	Monthly or less	2 to 4 times a month	2 to 3 times a week	4 or more times a week	
2. How many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking?	1 or 2	3 or 4	5 or 6	7 to 9	10 or more	
3. How often do you have 5 or more drinks on one occasion?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
4. How often during the last year have you found that you were not able to stop drinking once you had started?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
5. How often during the last year have you failed to do what was normally expected of you because of drinking?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
6. How often during the last year have you needed a first drink in the morning to get yourself going after a heavy drinking session?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
7. How often during the last year have you had a feeling of guilt or remorse after drinking?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
8. How often during the last year have you been unable to remember what happened the night before because of your drinking?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
9. Have you or someone else been injured because of your drinking?	No		Yes, but not in the last year		Yes, during the last year	
10. Has a relative, friend, doctor, or other health care worker been concerned about your drinking or suggested you cut down?	No		Yes, but not in the last year		Yes, during the last year	
					<b>Total</b>	

**Note:** This questionnaire (the AUDIT) is reprinted with permission from the World Health Organization. To reflect standard drink sizes in the United States, the number of drinks in question 3 was changed from 6 to 5. A free AUDIT manual with guidelines for use in primary care settings is available online at [www.who.org](http://www.who.org).



## Prescripción de Medicamentos para la Dependencia del Alcohol

Tres medicamentos orales (naltrexone, acamprosate, y disulfiram) y uno inyectable (naltrexone inyectable de liberación prolongada) están aprobados actualmente para tratar la dependencia del alcohol. Estos medicamentos han demostrado ser eficaces para ayudar a los pacientes a reducir el consumo, evitar la recaída en consumo excesivo, alcanzar y mantener la abstinencia u obtener una combinación de estos efectos. Tan cierto como para el tratamiento de cualquier enfermedad crónica, abordar sistemáticamente la adherencia del paciente maximizará la efectividad de estos medicamentos (refiérase a “Apoyo a Pacientes Que Toman Medicamentos para la Dependencia del Alcohol”, en la página 17).

### ¿Cuándo se debe considerar la prescripción de medicamentos para tratar un trastorno relacionado con el uso de alcohol?

Todos los medicamentos aprobados han demostrado ser complementos efectivos para el tratamiento de la dependencia del alcohol. Por lo tanto, considere agregar medicamentos siempre que esté tratando a alguien con una dependencia activa del alcohol o alguien que ha dejado de beber en los últimos meses pero que está experimentando problemas tales como ansias o deslices. Los pacientes que han fallado anteriormente en responder a enfoques psico-sociales solamente son en este caso fuertes candidatos.

### ¿Deben los pacientes estar de acuerdo en abstenerse?

No importa cual medicamento para la dependencia del alcohol se use, los pacientes que tienen una meta de abstinencia, o que pueden abstenerse aún por unos cuantos días antes de empezar a tomar el medicamento, probablemente tengan mejores resultados. Aún así, es mejor determinar metas individuales para cada paciente. Puede que algunos pacientes no estén dispuestos a apoyar la abstinencia como una meta, especialmente al principio. Si un paciente con dependencia del alcohol está de acuerdo en reducir sustancialmente el consumo, es mejor comprometerlo con esa meta a la vez que se continúa señalando que la abstinencia sigue siendo el resultado óptimo.

La buena disposición de un paciente a abstenerse tiene implicaciones importantes para la elección del medicamento. La mayoría de los estudios sobre efectividad han requerido que los pacientes se abstengan de beber antes de iniciar el tratamiento. Sin embargo, un estudio de naltrexone oral demostró una reducción modesta en el riesgo de consumo excesivo en personas con dependencia moderada que eligen reducir en lugar de abstenerse.<sup>17</sup> Un estudio de naltrexone inyectable sugiere que este medicamento también puede reducir el consumo excesivo en pacientes dependientes que todavía no son abstinentes, aunque tiene un efecto más contundente en aquellos pacientes que se abstuvieron durante 7 días antes de empezar el tratamiento<sup>18</sup> y sólo está aprobado para su uso en pacientes que pueden abstenerse en un entorno ambulatorio antes de empezar el tratamiento. También acamprosate está aprobado sólo para su uso en pacientes que son abstinentes al inicio de tratamiento. Y disulfiram está contraindicado en pacientes que desean continuar bebiendo, debido a que ocurre una reacción entre el disulfiram y el alcohol con cualquier consumo que se tenga.

### ¿Cuál de los medicamentos debo prescribir?

La decisión dependerá del criterio clínico y la preferencia del paciente. Cada uno tiene un mecanismo de acción diferente. Algunos pacientes pueden responder mejor a un tipo de medicina que a otro.

## ■ Naltrexone

**Mecanismo:** Naltrexone bloquea los receptores opioides que participan en los efectos gratificantes de beber alcohol y en las ansias por consumir alcohol. Está disponible en dos presentaciones: oral (Depade®, ReVia®), de una sola dosis diaria e inyectable de liberación prolongada (Vivitrol®), administrada como inyecciones mensuales únicas.

**Eficacia:** Naltrexone oral reduce las recaídas en el consumo excesivo, definido como 4 o más bebidas al día para las mujeres y 5 o más para los hombres.<sup>19,20</sup> Reduce el riesgo de recaídas durante los 3 primeros meses en casi un 36 por ciento (cerca del 28 por ciento de los pacientes que toman naltrexone tienen recaídas comparado con cerca de 43 por ciento para los que toman un placebo).<sup>20</sup> Por consiguiente, es especialmente útil para refrenar el consumo en pacientes que tienen “deslices” de consumo. Tiene una menor efectividad en el mantenimiento de la abstinencia.<sup>19,20</sup> En el único estudio disponible al momento de publicar esta actualización de la Guía, el naltrexone inyectable de liberación prolongada resultó en una reducción del 25 por ciento en la proporción de días de consumo excesivo comparado con un placebo, teniendo una mayor tasa de respuesta los hombres y los pacientes con abstinencia previa al inicio del tratamiento.<sup>18</sup>

## ■ Acamprosate

**Mecanismo:** Acamprosate (Campral®) actúa sobre los sistemas de neurotransmisores GABA y de glutamato y se cree que reduce los síntomas de la abstinencia prolongada tales como insomnio, ansiedad, intranquilidad y disforia. Está disponible en presentación oral (dosificación de tres veces al día).

**Eficacia:** Acamprosate aumenta la proporción de bebedores dependientes que se mantienen en abstinencia durante varias semanas a meses, resultado demostrado en múltiples estudios europeos y confirmado por un meta-análisis de 17 ensayos clínicos.<sup>21</sup> El meta-análisis presentó resultados de que un 36 por ciento de los pacientes que tomaban acamprosate resultaron abstinentes continuos al cabo de seis meses, comparado con el 23 por ciento de los que tomaban un placebo.

Más recientemente, dos grandes estudios en los Estados Unidos fallaron en confirmar la eficacia de acamprosate,<sup>22,23</sup> aunque análisis secundarios en uno de los estudios sugirió la posible eficacia en pacientes que habían tenido una meta inicial de abstinencia.<sup>23</sup> Un motivo para la discrepancia entre los hallazgos europeo y estadounidense puede ser que los pacientes de las pruebas europeas tenían una dependencia más grave que los pacientes de los ensayos estadounidenses,<sup>21,22</sup> factor consistente con estudios pre-clínicos que muestran que acamprosate tiene un mayor efecto en animales con una historia prolongada de dependencia.<sup>24</sup> Además, antes de comenzar a tomar los medicamentos, la mayoría de los pacientes de los estudios europeos habían estado en abstinencia durante más tiempo que los pacientes de los ensayos estadounidenses.<sup>25</sup>

## ■ Disulfiram

**Mecanismo:** Disulfiram (Antabuse®) interfiere con la degradación del alcohol, resultando en acumulación de acetaldehído que, a su vez, produce una reacción muy desagradable incluyendo rubor, náusea y palpitaciones si el paciente consume alcohol. Está disponible en presentación oral (dosificación de una vez al día).

**Eficacia:** La utilidad y efectividad de disulfiram se consideran limitadas debido a que por lo general la adherencia es pobre cuando a los pacientes se les permite tomarlo a su discreción.<sup>26</sup> Es más efectivo cuando se monitorea su administración, como en una clínica o por el cónyuge.<sup>27</sup> (Si el cónyuge u otro miembro de la familia es el monitor, indique al paciente y al monitor que el paciente debe estar tomando el medicamento y el monitor sólo debe observar. Pídale también al monitor que se comuniquen con usted si el paciente no se adhiere a este plan durante 2 días). Sin embargo, algunos pacientes responderán al disulfiram si se lo administran ellos mismos, especialmente si están altamente motivados para abstenerse. Otros podrán usarlo de forma casual para situaciones de alto riesgo, tales como eventos sociales donde hay alcohol presente.

**¿Durante cuánto tiempo se deben mantener los medicamentos?**

El riesgo de recaída en la dependencia del alcohol es muy alto en los primeros 6 a 12 meses luego de empezar la abstinencia y disminuye gradualmente con los años. Por lo tanto, se recomienda un periodo inicial mínimo de 3 meses de farmacoterapia. Aunque todavía no se ha establecido una duración óptima para el tratamiento, no es desatinado continuar el tratamiento por un año o más si el paciente responde a los medicamentos durante este tiempo cuando el riesgo de recaída es mayor. Después que los pacientes descontinúan los medicamentos, necesitan un seguimiento más cercano y se les debe restablecer la farmacoterapia si ocurre una recaída.

**Si un medicamento no funciona, ¿se debe prescribir otro?**

De no haber respuesta al primer medicamento elegido, podría considerar el uso de un segundo medicamento. Este enfoque secuencial parece ser una práctica clínica común, pero actualmente no existen estudios publicados que examinen su efectividad. De igual forma, todavía no hay suficiente evidencia para recomendar un orden específico para los medicamentos.

**¿Hay algún beneficio en combinar medicamentos?**

Un amplio ensayo en los Estados Unidos no encontró ningún beneficio si se combinaban acamprosate y naltrexone.<sup>22</sup> En sentido más amplio, no hay evidencia de que la combinación de cualquiera de los medicamentos para tratar la dependencia del alcohol mejora los resultados que se obtienen si se usa un solo medicamento.

**¿Deben también recibir consejería especializada sobre el alcohol o una referencia a grupos de ayuda mutua aquellos pacientes que están tomando medicamentos?**

El ofrecimiento de una gama completa de tratamientos efectivos maximizará la elección y resultados del paciente, ya que ningún enfoque único es universalmente exitoso o atrayente para los pacientes. Los diferentes enfoques—medicamentos para la dependencia del alcohol, consejería profesional y grupos de ayuda mutua—son complementarios. Todos comparten las mismas metas a la vez que abordan diferentes aspectos de la dependencia del alcohol: neurobiológico, psicológico y social. Los medicamentos no tienen tendencia al abuso, así que no plantean un conflicto con otras estrategias de apoyo que enfatizan la abstinencia.

Casi todos los estudios de medicamentos para la dependencia del alcohol han incluido algún tipo de consejería y se recomienda que todos los pacientes que toman estos medicamentos reciban por lo menos una breve consejería médica. En un reciente ensayo amplio, la combinación de naltrexone oral y breves sesiones de consejería médica ofrecidos por el personal de enfermería o médico fue efectiva sin tratamiento conductual adicional por parte de un especialista.<sup>22</sup> También se animó a los pacientes a que asistieran a grupos de apoyo con el fin de aumentar el estímulo social por la abstinencia. Para más información, refiérase a “Apoyo a Pacientes Que Toman Medicamentos para la Dependencia del Alcohol” en la página 17 y “¿Debo recomendar alguna terapia conductual especial para pacientes que tienen trastornos por el uso de alcohol?” en la página 31.

Medicamentos para Tratar la Dependencia del Alcohol

**Disulfiram**  
(Antabuse®)

**Acamprostate**  
(Campral®)

**Naltrexone Inyectable de Liberación Prolongada** (Vivitrol®)

**Naltrexone**  
(Depade®, ReVia®)

<b>Acción</b>	Bloquea los receptores opioides, resultando en una reducción del ansia y en una menor gratificación en respuesta a la bebida.	Igual que el naltrexone oral; duración de 30 días.	Afecta los sistemas neurotransmisores GABA y de glutamato, pero su actividad relacionada con el alcohol es incierta.	Inhibe el metabolismo intermedio del alcohol, ocasionando una acumulación de acetaldehído y una reacción de rubor, sudoración, náusea y taquicardia si el paciente consume alcohol.
<b>Contraindicaciones</b>	Durante el uso de opioides o en abstinencia aguda de opioides; necesidad prevista de analgésicos opioides; hepatitis aguda o falla hepática.	Igual que el naltrexone oral, más masa muscular inadecuada para inyección intramuscular profunda; erupción o infección en el lugar de la inyección.	Insuficiencia renal grave (CrCl $\leq$ 30ml/min).	Uso concomitante de alcohol o preparaciones que contienen alcohol o metronidazole; enfermedad arterial coronaria; enfermedad grave del miocardio; hipersensibilidad a los derivados del caucho (thiuram).
<b>Precauciones</b>	Otras enfermedades hepáticas; insuficiencia hepática; historial de intentos suicidas. Si se requiere analgésicos opioides, se podrán necesitar dosis mayores y la depresión respiratoria podrá ser más profunda y prolongada. Embarazo de Categoría C. Advierta a los pacientes que lleven consigo una tarjeta de bolsillo para alertar al personal médico en caso de emergencia. Para información sobre la tarjeta de cartera refiérase a <a href="http://www.niaaa.nih.gov/guide">www.niaaa.nih.gov/guide</a>	Igual que el naltrexone oral, además de hemofilia u otros problemas de sangrado.	Insuficiencia renal moderada (ajuste de dosis para CrCl entre 30 y 50 ml/min); depresión o ideas y conducta suicida. Embarazo de Categoría C.	Cirrosis o insuficiencia hepática, enfermedades cerebro vasculares o daño cerebral; psicosis (actual o histórica); diabetes mellitus; epilepsia; hipotiroidismo; insuficiencia renal. Embarazo de Categoría C. Advierta a los pacientes que lleven consigo una tarjeta de cartera para alertar al personal médico en caso de emergencia. Para información sobre la tarjeta de cartera refiérase a <a href="http://www.niaaa.nih.gov/guide">www.niaaa.nih.gov/guide</a> .
<b>Reacciones adversas graves</b>	Precautará el síndrome de abstinencia severa si el paciente tiene dependencia de los opioides; hepatotoxicidad (aunque no parece ser una hepatotóxina a las dosis recomendadas).	Igual que el naltrexone oral, además de infección en el sitio; depresión y casos inusuales incluyendo neumonía alérgica e ideas y conducta suicida.	Los casos inusuales incluyen ideas y conducta suicida.	Reacción del disulfiram al alcohol; hepatotoxicidad, neuritis óptica, neuropatía periférica, reacciones psicóticas.
<b>Efectos secundarios frecuentes</b>	Náusea, vómitos, disminución del apetito, dolores de cabeza, vértigo, fatiga, somnolencia, ansiedad.	Igual que el naltrexone oral, además de una reacción en el sitio de la inyección; dolor en las articulaciones; dolores musculares o calambres.	Diarrea, somnolencia.	Sensación de sabor metálico en la boca; dermatitis; somnolencia transitoria moderada.
<b>Ejemplos de interacciones con el medicamento</b>	Medicamentos opioides (bloquea su acción).	Igual que el naltrexone oral	No se conoce ninguna interacción clínicamente importante.	Anticoagulantes tales como warfarina; isoniazida; metronidazole; diltiazem; cualquier medicamento no prescrito que contenga alcohol.
<b>Dosis usual para adultos</b>	<b>Dosis oral:</b> 50 mg Diariamente. <b>Antes de prescribir:</b> Los pacientes deben estar libres del uso de opioides por un mínimo de 7 a 10 días antes de comenzar. Si siente que hay riesgo de precipitación en una reacción de síndrome de abstinencia a los opioides, administre el naltrexone challenge test. Evalúe la función hepática. <b>Seguimiento de laboratorio:</b> Monitoree la función hepática.	<b>Dosis IM:</b> 380 mg dados como inyección intramuscular profunda en el glúteo, una vez al mes. <b>Antes de prescribir:</b> Igual que el naltrexone oral, además examine el sitio de la inyección para comprobar si hay una masa muscular y condición de la piel adecuadas. <b>Seguimiento de laboratorio:</b> Monitoree la función hepática.	<b>Dosis oral:</b> 666 mg (dos tabletas de 333 mg) tres veces al día o, para pacientes con insuficiencia renal moderada (CrCl 30 a 50 ml/min), reducir a 333 mg (una tableta) tres veces al día. <b>Antes de prescribir:</b> Evalúe la función renal. Establezca la abstinencia.	<b>Dosis oral:</b> 250 mg diarios (rango de 125 mg a 500 mg). <b>Antes de prescribir:</b> Evalúe la función hepática. Advierta al paciente (1) que no debe tomar disulfiram por lo menos 12 horas después de beber y que puede ocurrir una reacción del alcohol al disulfiram hasta 2 semanas después de la última dosis; y (2) que evite el alcohol en la dieta (por ejemplo: salsas y vinagres), medicamentos que no necesitan receta médica (por ejemplo: jarabes para la tos) y artículos de tocador (por ejemplo: colonia, enjuague bucal). <b>Seguimiento de laboratorio:</b> Monitoree la función hepática.

**Nota:** Este cuadro resalta algunas de las propiedades de cada uno de los medicamentos. **No** tiene la intención de sustituir las instrucciones de uso u otras fuentes de referencia sobre el medicamento usados por los profesionales de la salud. Para información al paciente acerca de estos y otros medicamentos, la Biblioteca Nacional de Medicina ofrece MedlinePlus (<http://medlineplus.gov>). La decisión sobre si un medicamento debiese ser prescrito y en qué cantidad es asunto que debe ser tratado en las personas y sus proveedores de atención de salud. La información de suscripción ofrecida aquí **no** substituye la opinión profesional de un proveedor de salud en una circunstancia particular y los NIH no aceptan obligaciones ni responsabilidad por el uso de la información con respecto a pacientes particulares.

## Apoyo a Pacientes Que Toman Medicamentos para la Dependencia del Alcohol

La farmacoterapia para pacientes con dependencia del alcohol es más efectiva cuando se combina con cierto apoyo conductual, pero no tiene necesariamente que ser consejería especializada e intensiva sobre alcohol. Los enfermeros y médicos en servicios de medicina general y salud mental, al igual que los consejeros, pueden ofrecer breve pero efectivo apoyo conductual que promueve la recuperación. La aplicación de este enfoque de manejo de los medicamentos en dichos entornos ampliaría de gran manera el acceso a tratamiento efectivo, dado que muchos pacientes con dependencia del alcohol no tienen acceso a tratamiento especializado o rehúsan una referencia.

### ¿Cómo pueden los profesionales de la medicina general y salud mental ayudar a los pacientes que toman medicamentos para la dependencia del alcohol?

Manejar la atención de pacientes que toman medicamentos para la dependencia del alcohol es similar a las estrategias de manejo de otras enfermedades como el inicio de la terapia de insulina en pacientes con diabetes mellitus. En el reciente ensayo clínico *Combinación de Medicamentos e Intervenciones Conductuales (COMBINE)*, los médicos, enfermeros y otros profesionales de atención de la salud en entornos ambulatorios ofrecieron una serie de sesiones breves de apoyo conductual para pacientes que toman medicamentos para la dependencia del alcohol.<sup>22</sup> Las sesiones promovieron la recuperación aumentando la adherencia a los medicamentos y apoyando la abstinencia mediante educación y referencia a grupos de apoyo.<sup>22</sup> Esta *Guía* ofrece un conjunto de plantillas que delimitan este programa (refiérase a las páginas 19 a 22). Fue diseñada para su fácil implementación en entornos no especializados, de conformidad con la tendencia nacional hacia la integración del tratamiento de los trastornos ocasionados por el uso de sustancias en la práctica médica.

### ¿Cuáles son los componentes del apoyo al manejo de medicamentos?

El apoyo al manejo de medicamentos consiste de sesiones breves y estructuradas conducidas por un profesional de la atención de salud. La sesión inicial comienza con la revisión de los resultados de la evaluación médica con el paciente, al igual que las consecuencias negativas del consumo de alcohol. Esta información enmarca una discusión acerca del diagnóstico de la dependencia del alcohol, la recomendación de abstinencia y la lógica de los medicamentos. Luego el profesional de la salud provee información sobre el medicamento mismo y sobre estrategias de adherencia y anima la participación en un grupo de auto apoyo como Alcohólicos Anónimos (AA).

En visitas subsiguientes, el profesional de la salud evaluaría el consumo de alcohol del paciente, el funcionamiento general, la adherencia al medicamento y cualquier efecto secundario del medicamento. La estructura de la sesión varía de acuerdo con el estatus de consumo y cumplimiento de la adherencia del paciente, como se delimita en la página 22. Cuando el paciente no se adhiere a un régimen de medicamentos, es importante evaluar los motivos y ayudar al paciente a diseñar planes para abordarlos. En el “Manual de Tratamiento de Manejo Médico” del Proyecto COMBINE, disponible en el Internet en [www.niaaa.nih.gov/guide](http://www.niaaa.nih.gov/guide), se ofrece un resumen útil de estrategias para manejar la falta de adherencia.

Igual que se realizó en el estudio COMBINE, el programa consistió de una sesión inicial de aproximadamente 45 minutos seguidos de ocho sesiones de 20 minutos durante las semanas 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12 y 16. Las prácticas de medicina general o salud mental pueden no seguir este cronograma particular, pero el mismo es ofrecido en conjunto con las plantillas como punto de inicio para el desarrollo de un programa que funcione para su práctica y sus pacientes.

### **¿Se puede usar el apoyo al manejo de medicamentos con pacientes que no adoptan una meta de abstinencia?**

Este programa de manejo de medicamentos ha sido probado sólo en pacientes para los cuales se recomendó abstinencia, y esto es común en la mayoría de los estudios sobre farmacoterapia. No se sabe si funcionaría también si la meta del paciente es reducir en lugar de abstenerse. Aún cuando los pacientes no apoyen la abstinencia como meta, frecuentemente reducen el consumo sin abandonarlo. Se le anima a continuar trabajando con aquellos pacientes que están trabajando para recuperarse pero que todavía no han alcanzado las metas óptimas de abstinencia o reducción del consumo de alcohol sin síntomas de remisión total de dependencia. También puede encontrar que muchas de las técnicas usadas en el apoyo al manejo de medicamentos—tales como síntomas vinculantes y resultados de laboratorio con consumo excesivo de alcohol—son útiles para el manejo de pacientes dependientes del alcohol en general.











## Recursos de Referencia

Cuando haga referencias, involucre a su paciente en las decisiones y programe una cita de referencia mientras su paciente esté en el consultorio.

### Buscar opciones de evaluación y tratamiento

- Para pacientes que tienen seguro, contacte a un administrador de casos de salud conductual en la compañía de seguros para obtener una referencia.
- Para pacientes que no tienen suficiente cobertura de seguro o no están asegurados, contacte a su departamento de salud local para conocer los servicios relacionados con la adicción.
- Para pacientes que están empleados, pregúnteles si tienen acceso a un programa de asistencia al empleado con consejería sobre adicción.
- Para obtener las opciones de tratamiento en su área:
  - Llame a los hospitales locales para saber cuáles ofrecen servicios relacionados con la adicción.
  - Llame al Servicio Nacional de Rutas de Referencia para el Tratamiento de Drogas y Alcohol (1-800-662-HELP) o visite el sitio de Internet sobre Localizador de Tratamiento de Establecimientos para el Abuso de Sustancias en <http://findtreatment.samhsa.gov>.

### Buscar grupos de apoyo

- Alcohólicos Anónimos (AA) ofrece en forma gratuita grupos de voluntarios y están ampliamente disponibles para la recuperación de la dependencia del alcohol. Los voluntarios están generalmente dispuestos a trabajar con profesionales que refieren a los pacientes. Para información de contacto en su región, visite [www.aa.org](http://www.aa.org).
- Otras organizaciones de auto ayuda que ofrecen enfoques laicos, grupos sólo para mujeres o apoyo para miembros de la familia, se pueden encontrar en el sitio de Internet del Centro Nacional de Información sobre Alcohol y Drogas ([www.ncadi.samhsa.gov](http://www.ncadi.samhsa.gov)) bajo “Recursos”.

### Recursos locales

Use el siguiente espacio para la información de contacto sobre los recursos en su área (centros de tratamiento, grupos de auto apoyo como AA, servicios gubernamentales locales, el centro de Asuntos de Veteranos más cercano, refugios, iglesias).

---



---



---



---



---



---



---









## Preguntas Frecuentes

### Acerca de la indagación sobre el alcohol e intervenciones breves

#### ■ ¿Cuán efectiva es la indagación sobre consumo excesivo de alcohol?

Los estudios han demostrado que la indagación es sensitiva y que los pacientes están dispuestos a suministrar a los profesionales de la salud información honesta sobre su hábito de beber cuando se usan métodos apropiados.<sup>6,15</sup> Se ha demostrado que funcionan diferentes métodos, incluyendo entrevistas con preguntas sobre cantidad-frecuencia y cuestionarios, tales como el CAGE, el AUDIT, el AUDIT-C más corto, el TWEAK (para mujeres embarazadas) y otros.<sup>28,29</sup> En esta *Guía*, la indagación con una sola pregunta acerca de los días en que se bebe en exceso se escogió por su simplicidad y porque la mayoría de las personas con trastornos por el uso de alcohol informan haber ingerido 5 o más bebidas en un día (para hombres) o 4 o más (para mujeres) por lo menos ocasionalmente. Esta *Guía* también recomienda el AUDIT (suministrado en la página 11) como una herramienta de evaluación auto-administrada debido a su alto grado de validez y confiabilidad.<sup>15</sup>

#### ■ Con la entrevista de una sola pregunta, el resultado es positivo sólo con un día de consumo de alcohol en exceso en el último año. ¿No se está generalizando demasiado con esto?

Una reacción común a la pregunta de indagación es: “Todo el mundo va a cumplir con esta condición, por lo menos ocasionalmente”. Sin embargo, una amplia encuesta nacional realizada por el NIAAA, demostró que casi tres cuartas partes de los adultos estadounidenses nunca exceden los límites a los que se refiere la pregunta de indagación.<sup>3</sup> Aún si los pacientes informan de que sólo consumen alcohol en exceso en ocasiones especiales, la indagación proporciona una oportunidad para educarlos acerca de los límites seguros de consumo de alcohol, de modo que el consumo excesivo no se haga más frecuente. El riesgo de problemas relacionados con el uso de alcohol aumenta con la cantidad de días de consumo excesivo<sup>1</sup> y algunos problemas, tales como conducir cuando está intoxicado o algún trauma, pueden ocurrir con un solo evento.

#### ■ ¿Cuán efectivas son las intervenciones breves?

Las pruebas clínicas aleatorias y controladas en diferentes poblaciones y entornos han demostrado que las intervenciones breves pueden disminuir significativamente el consumo de alcohol en las personas que beben por encima de los límites recomendados, pero que no tienen dependencia. Por ejemplo, en varios estudios sobre intervenciones con

múltiples contactos breves, los bebedores de alcohol en exceso reducen su consumo en promedio de tres a nueve bebidas por semana, con lo que se logra una reducción neta de 13 a 34 por ciento en el consumo.<sup>30</sup> Aún las reducciones relativamente modestas en el consumo de alcohol pueden traer importantes beneficios de salud cuando se distribuyen a través de una gran cantidad de gente. Los estudios sobre intervenciones breves también han informado acerca de disminuciones significativas en las mediciones de la presión sanguínea, los niveles de gamma-glutamil transferasa (GGT), problemas psicosociales, días de hospitalización y re-admisiones hospitalarias debido a traumas relacionados con el uso de alcohol.<sup>8</sup> Los periodos de seguimiento generalmente van de 6 a 24 meses, aunque un reciente estudio informó sobre reducciones sostenidas en el consumo de alcohol durante 48 meses.<sup>8</sup> Un análisis de costo-beneficio en este estudio demostró que cada dólar invertido en intervenciones médicas breves podía cuadruplicar los ahorros en costos de atención médica en el futuro. Otra investigación muestra que los pacientes con dependencia del alcohol que tienen una enfermedad médica relacionada con el alcohol, pueden tener reducciones significativa o incluso dejar de beber, si reciben intervenciones breves en intervalos aproximados de un mes durante 1 a 2 años.<sup>9,10</sup>

#### ■ ¿Qué puedo hacer para motivar a mis pacientes a responder con honestidad y exactitud a las preguntas de la indagación?

Con frecuencia es mejor preguntar sobre el consumo de alcohol al mismo tiempo que se pregunta sobre otras conductas de salud, tales como fumar, dieta y ejercicio. Si usa un enfoque empático y sin confrontación, puede ayudar a los pacientes a sentirse cómodos. Algunos profesionales de la salud han encontrado que cuando hacen una introducción a las preguntas del alcohol mediante una pregunta abierta no amenazante, tal como: “¿Disfruta usted bebiendo un trago ocasionalmente?”, pueden propiciar que los pacientes reservados hablen del tema. Los pacientes podrán sentir también que una versión escrita o computarizada de auto-informe del cuestionario AUDIT es menos antagónica. Para mejorar la exactitud de las cantidades estimadas de consumo, podría pedirle a los pacientes que lean el cuadro “¿Qué es una Bebida Estándar?” en la página 24. Muchas personas se sorprenderían al saber lo que constituye una bebida estándar, especialmente cuando se trata de bebidas con un contenido de alcohol más alto tales como licores de malta, vinos fortificados y aguardiente. El cuadro también enumera la cantidad de bebidas estándares que hay en envases de bebidas de compra frecuente. En algunas situaciones, usted podrá considerar agregar las preguntas “¿Con qué frecuencia



compra alcohol?” y “¿Cuánto alcohol compra?”, para ayudar a elaborar un estimado exacto

■ **¿Cómo se puede implementar un sistema de indagación en una clínica u oficina?**

El método mejor estudiado, que es al mismo tiempo fácil y eficiente, es pedirles a los pacientes que llenen el cuestionario AUDIT de 10 preguntas antes de ver al médico. Este formulario (proporcionado en la página 11) se puede agregar a otros formularios que llenan los pacientes. El cuestionario AUDIT completo o el AUDIT-C de 3 preguntas también se pueden incorporar a una formulario más largo sobre historial médico. El AUDIT-C consiste en las tres primeras preguntas del AUDIT relacionadas con el consumo de alcohol; un puntaje de 6 o más para hombres y de 4 o más para mujeres indica un resultado positivo.

Alternativamente, la indagación mediante una sola pregunta en el Paso 1 de la *Guía* se podría incorporar en un formulario de historial médico. La indagación también se puede realizar personalmente por un enfermero durante la admisión del paciente (Refiérase también a “Establezca su Práctica para Simplificar el Proceso” en la página 3).

■ **¿Hay alguna consideración específica para implementar la indagación en los entornos de salud mental?**

Los estudios han demostrado una estrecha relación entre trastornos por el uso de alcohol y otros trastornos mentales.<sup>32</sup> El consumo en exceso puede producir síntomas psiquiátricos, tales como depresión, ansiedad, insomnio, disfunción cognitiva y conflictos interpersonales. Para pacientes que tienen un trastorno psiquiátrico independiente, el consumo en exceso podrá comprometer la respuesta al tratamiento. Por lo tanto, es importante que todos los profesionales de la salud mental realicen indagaciones de rutina relacionadas con el consumo en exceso.

Se conoce menos acerca del desempeño de los métodos de indagación o las intervenciones breves en entornos de salud mental que en los entornos de atención primaria. Aún así, es muy probable que la indagación con una sola pregunta en esta *Guía* funcione razonablemente bien, ya que la mayoría de las personas

con trastornos por el uso de alcohol informan haber bebido por encima de los límites diarios recomendados, por lo menos ocasionalmente.

Los profesionales de salud mental necesitarán realizar una evaluación más detallada para determinar si está presente un trastorno por el uso de alcohol y cómo este pudiera estar interactuando con otros trastornos mentales o por el uso de sustancias. Los límites recomendados para el consumo de alcohol deberán disminuirse dependiendo de los problemas coexistentes y los medicamentos prescritos.

Igualmente, se necesitará una intervención conductual más prolongada para abordar los trastornos coexistentes por uso de alcohol, ya sea suministrada como parte del tratamiento de salud mental o a través de referencia a un especialista en adicción.

### Acerca de los niveles de consumo de alcohol y consejos

■ **¿Cuándo debo recomendar la abstinencia en el consumo de alcohol o su reducción?**

Ciertas condiciones permiten recomendar la abstinencia en lugar de la reducción. Estas condiciones incluyen cuando las personas

- están embarazadas o pueden llegar a estarlo
- están tomando un medicamento contraindicado (refiérase a la nota a continuación)
- tienen un trastorno médico o psiquiátrico causado o exacerbado por la bebida, o
- tienen un trastorno por el uso de alcohol

Si los pacientes con trastornos por el uso de alcohol no están dispuestos a comprometerse con la abstinencia, tal vez prefieran reducir el consumo. Esto se debe alentar observando al mismo tiempo que la abstinencia, como la estrategia más segura, tiene mayor probabilidad de éxito a largo plazo.

Para las personas que beben en exceso, que no tienen un trastorno por el uso de alcohol, emplee su criterio profesional para determinar si la reducción o la abstinencia son más apropiadas, sobre la base de factores tales como:

## R Interacción Entre el Alcohol y los Medicamentos

El alcohol puede interactuar negativamente con los medicamentos, ya sea interfiriendo con su metabolismo (por lo general en el hígado) o aumentando sus efectos (especialmente en el sistema nervioso central). Muchas clases de medicinas de prescripción pueden interactuar con el alcohol, incluyendo antibióticos, antidepresivos, antihistamínicos, barbitúricos, benzodiazepinas, agonistas de receptor H<sub>2</sub> de histamina, relajantes musculares, medicamentos para el dolor y agentes anti-inflamatorios no opioides, opioides y warfarina. Además, muchos medicamentos que no necesitan receta médica y preparaciones de hierbas pueden ocasionar efectos secundarios negativos cuando se toman junto con el alcohol.





antipsicóticos, según se indique. Una abstinencia leve se puede manejar exitosamente en el entorno ambulatorio, pero los casos más complicados o graves requieren hospitalización. (Para mayor información, consulte las referencias 37 y 38 en la página 34.)

■ **¿Hay pruebas de laboratorio disponibles para analizar o monitorear los problemas de alcohol?**

Para fines de indagación en los entornos de atención primaria, las entrevistas y los cuestionarios tienen mayor sensibilidad y especificidad para marcadores bioquímicos que las pruebas de sangre, las cuales sólo identifican alrededor del 10 al 30 por ciento de los bebedores en exceso.<sup>39,40</sup> No obstante, los marcadores bioquímicos pueden ser beneficiosos cuando se sospecha de consumo en exceso, pero el paciente lo niega. La prueba más sensible y ampliamente disponible para este propósito es la prueba de Gamma-glutamil transferasa en suero (GGT). Sin embargo, GGT no es muy específica, de manera que necesitan eliminarse las razones para la elevación de GGT que no son causadas por el uso excesivo de alcohol. La GGT y otras transaminasas también pueden ayudar a monitorear el progreso e identificar las recaídas si se encuentra elevada en la base de referencia y los valores seriales pueden proporcionar una valiosa retroalimentación a los pacientes después de una intervención. Otras pruebas de sangre incluyen el volumen corpuscular medio (MCV) de los glóbulos rojos, el cual con frecuencia se encuentra elevado en las personas con dependencia del alcohol y la prueba de transferrin deficiente en carbohidrato (CDT). La prueba CDT es casi tan sensible como la GGT y tiene la ventaja de que no se afecta por enfermedades hepáticas.<sup>41</sup>

■ **Si refiero a un paciente para tratamiento por al-cohol, ¿cuáles son las probabilidades de recuperación?**

Una revisión de siete importantes estudios sobre tratamiento de alcoholismo demostró que en el año siguiente al tratamiento, cerca de un tercio de los pacientes no consumían alcohol o lo consumían moderadamente sin consecuencias negativas o dependencia.<sup>42</sup> Aunque las otras dos terceras partes tuvieron algunos períodos de consumo en exceso, en promedio redujeron en más de un 50% el consumo y los problemas relacionados con el alcohol. Estas reducciones parecen durar por lo menos 3 años.<sup>36</sup> Con frecuencia se pasa por alto esta importante mejoría en pacientes que no logran una abstinencia completa o que no logran reducir el consumo para estar libres de problemas. Estos pacientes requieren mayor tratamiento y sus probabilidades de beneficiarse con el siguiente período no parecen estar influenciadas significativamente por haber tenido tratamientos previos.<sup>42</sup> De la misma forma en que suceden otros trastornos médicos, algunos pacientes tienen formas más graves de dependencia al alcohol que pueden requerir tratamiento a largo plazo.

■ **¿Qué puedo hacer para ayudar a los pacientes que tienen problemas para mantener la abstinencia o que recaen?**

El cambio en la conducta de consumo de alcohol representa un reto, especialmente para aquellas personas que tienen dependencia del alcohol. Los primeros 12 meses de abstinencia son especialmente difíciles y la recaída es más frecuente durante este período. Si los pacientes recaen, acepte que tienen un trastorno crónico que requiere atención continua; lo mismo que los pacientes que sufren de asma, hipertensión o diabetes. La recurrencia de los síntomas es frecuente y similar en cada uno de estos trastornos,<sup>43</sup> tal vez debido a que exigen que el paciente cambie las conductas de salud para mantener las ganancias. El principio más importante es mantenerse comprometido con el paciente y mantener el optimismo acerca de una mejora eventual. La mayoría de las personas que tienen dependencia del alcohol, y que continúan trabajando para su recuperación, eventualmente logran remisión parcial a total de los síntomas y a menudo lo hacen sin tratamiento conductual especializado.<sup>44</sup> Para los pacientes que tienen problemas para abstenerse o que recaen:

- Si el paciente no está tomando medicamentos para la dependencia al alcohol, considere prescribirle uno y darle seguimiento con manejo de medicamentos (refiérase a las páginas 13-22).
- Trate los trastornos de depresión o ansiedad si están presentes durante más de 2 a 4 semanas después de establecerse la abstinencia.
- Evalúe y aborde otros posibles factores desencadenantes de los problemas o la recaída, incluyendo situaciones de estrés, conflictos interpersonales, insomnio, dolor crónico, deseo de consumo o situaciones de mucha tentación, tales como un matrimonio o convención.
- Si el paciente no está asistiendo a un grupo de auto ayuda o si no está recibiendo terapia conductual, considere recomendar estas medidas de apoyo.
- Estimule a aquellos pacientes que han recaído haciéndoles ver que la recaída es frecuente e indicándoles el valor de la recuperación que se logró.
- Proporcione tratamiento de seguimiento y recomiende a los pacientes a que se comuniquen con usted si están preocupados por la recaída.



25. Mason BJ, Ownby RL. Acamprosate for the treatment of alcohol dependence: A review of double-blind, placebo-controlled trials. *CNS Spectrums*. 5:58-69, 2000.
26. Fuller RK, Gordis E. Does disulfiram have a role in alcoholism treatment today? *Addiction*. 99(1):21-24, 2004.
27. Allen JP, Litten RZ. Techniques to enhance compliance with disulfiram. *Alcohol Clin Exp Res*. 16(6):1035-1041, 1992.
28. Screening and brief intervention for alcohol problems. In: *The Tenth Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health*. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 2000:429-443. NIH Publication No. 00-1583.
29. Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MB, Fihn SD, Bradley KA, for the Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): An effective brief screening test for problem drinking. Alcohol Use Disorders Identification Test. *Arch Intern Med*. 158(16):1789-1795, 1998.
30. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 140(7):557-568, 2004.
31. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Zhou Y. Effectiveness of the derived Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) in screening for alcohol use disorders and risk drinking in the U.S. general population. *Alcohol Clin Exp Res*. 29(5):844-854, 2005.
32. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS. Psychopathology associated with drinking and alcohol use disorders in the college and general adult populations. *Drug Alcohol Depend*. 77(2):139-150, 2005.
33. Mukamal KJ, Rimm EB. Alcohol's effects on the risk for coronary heart disease. *Alcohol Res Health*. 25(4):255-261, 2001.
34. Alcohol consumption among women who are pregnant or who might become pregnant—US, 2002. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 53(50):1178-1181, 2004.
35. The estimate of 2,000 to 8,000 infants born with fetal alcohol syndrome (FAS) is derived by multiplying 4 million U.S. births annually by an estimated 0.5 to 2 percent prevalence of FAS in the general U.S. population. Sources: (1) National Center for Health Statistics. Births, marriages, divorces, and deaths: Provisional data for 2001. *National Vital Statistics Reports*; 2002:50(14); and May PA, Gossage JP. Estimating the prevalence of fetal alcohol syndrome: A summary. *Alcohol Res Health*. 25(3):159-167, 2001.
36. Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcohol Clin Exp Res*. 22(6):1300-1311, 1998.
37. Mayo-Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal: A meta-analysis and evidence-based practice guideline. American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal. *JAMA*. 278(2):144-151, 1997.
38. Mayo-Smith MF, Beecher LH, Fischer TL, et al. Management of alcohol withdrawal delirium: An evidence-based practice guideline. *Arch Intern Med*. 164(13):1405-1412, 2004.
39. Hoeksema HL, de Bock GH. The value of laboratory tests for the screening and recognition of alcohol abuse in primary care patients. *J Fam Pract*. 37:268-276, 1993.
40. U.S. Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*. 2nd ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1996.
41. Salaspuro M. Carbohydrate-deficient transferrin as compared to other markers of alcoholism: A systematic review. *Alcohol*. 19(3):261-271, 1999.
42. Miller WR, Walters ST, Bennett ME. How effective is alcohol treatment in the United States? *J Stud Alcohol*. 62:211-220, 2001.
43. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*. 284(13):1689-1695, 2000.
44. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS, Huang B, Ruan WJ. Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction*. 100(3):281-292, 2005.





Publicación de los NIH No. 7 – 3769  
Reimpreso en mayo de 2007