



Guías de práctica clínica
de la Sociedad Psiquiátrica
Estadounidense para el tratamiento
farmacológico de pacientes con
trastorno por uso de alcohol

► Debido a la disponibilidad de medicamentos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos FDA (por sus siglas en inglés) para el tratamiento del Trastorno por Uso de Alcohol (TUA) y a las altas prevalencias del trastorno en la población actual (la prevalencia en adultos a 12 meses es de 8.5%, y hasta 20% a lo largo de la vida), así como al problema de salud pública que éstas suponen (costos de hasta \$223.5 mil millones de dólares por año y exceso de mortalidad), en julio del 2017 el consejo de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense aprobó las Guías de Práctica Clínica para el Tratamiento de Pacientes con Trastorno por Uso de Alcohol, cuya finalidad es mejorar la calidad del tratamiento y su respuesta al mismo; se centran principalmente en el tratamiento farmacológico basado en evidencia e incluyen información relacionada con la asesoría y planeación del tratamiento, aspecto esencial para otorgar una atención integral a los pacientes con TUA.

A pesar de la gran cantidad de efectos negativos que acompañan al trastorno, éste permanece en muchos casos sin tratar; existen intervenciones basadas en evidencia y el tratamiento del trastorno se ha asociado a una disminución en el riesgo de recaídas y en la mortalidad asociada al mismo. El objetivo general de las guías es mejorar el tratamiento para este grupo de pacientes, y a su vez, disminuir las consecuencias públicas y psicosociales de este trastorno psiquiátrico.

Estas guías se desarrollaron de acuerdo con el sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation), utilizado a nivel mundial para el desarrollo de guías de práctica clínica. Con este

sistema, las recomendaciones son evaluadas según su capacidad de proporcionar mayor cantidad de beneficios sobre daños y agravios, así como su utilidad a partir de los efectos demostrados mediante evidencia de calidad, tomando en cuenta las preferencias y principios del paciente al mismo tiempo que determina su costo-beneficio.

El nivel de confianza de las recomendaciones se clasifica a partir de la evidencia disponible (ensayos clínicos, opiniones de expertos, preferencias y principios del paciente); la evidencia del beneficio de una intervención en un contexto clínico se identifica mediante revisiones sistemáticas y se compara contra la evidencia de daños (económicos y monetarios). El equipo de trabajo ha determinado que una “buena recomendación” puede ser apropiada incluso en ausencia de evidencia, en caso de que no existan alternativas sensibles.

Se describe el tipo y nivel de evidencia disponible para cada recomendación, así como los factores utilizados para determinar el balance del riesgo-beneficio. Una recomendación (número 1 posterior a la declaración) indica que los beneficios tienen claramente mayor peso que los daños; una sugerencia (número 2 posterior a la declaración) indica mayor grado de incertidumbre, aunque los beneficios siguen superando a los daños, éstos resultan poco claros y es más difícil realizar un juicio. Para determinar el nivel de evidencia, se utilizan las letras A: alta, B: moderada y C: baja, las cuales reflejan la consistencia de hallazgos en múltiples estudios, el efecto directo sobre un desenlace de salud específico, la precisión del efecto y el riesgo de error en estudios disponibles.

Declaraciones de las guías

La realización de estas guías se llevó a cabo a partir de una revisión sistemática del tratamiento farmacológico en pacientes con TUA. Los medicamentos mencionados y sus indicaciones aplican únicamente en el caso del TUA (no incluye otros padecimientos, ni intoxicación aguda, abstinencia y otras situaciones agudas relacionadas con el consumo). A pesar de que las guías se centran en el tratamiento farmacológico, cabe mencionar que el tratamiento psicoterapéutico basado en evidencia es una parte integral del tratamiento para el TUA.

Evaluación y determinación de los objetivos de tratamiento

1. Recomendación (1C). La evaluación inicial del paciente en quien se sospecha un TUA debe incluir la determinación del uso actual y previo de tabaco, alcohol y otras sustancias de abuso (incluyendo medicamentos prescritos y suplementos).
2. Recomendación (1C). La evaluación inicial del paciente en quien se sospecha un TUA debe tener la capacidad de detectar el uso inadecuado de alcohol y su severidad.
3. Sugerencia (2C). La evaluación inicial del paciente en quien se sospecha un TUA y el tratamiento de los mismos debe incluir el uso de marcadores fisiológicos para identificar niveles elevados de consumo.
4. Recomendación (1C). Se debe evaluar la presencia de situaciones médicas y/o psiquiátricas comórbidas, mismas que puedan influir en la elección del tratamiento farmacológico para el TUA.
5. Sugerencia (2C). Los principales objetivos del tratamiento deben ser de mutuo acuerdo entre el médico y el paciente, y deben documentarse en el expediente médico.
6. Sugerencia (2C). Los principales objetivos del tratamiento deben incluir la discusión de las obligaciones legales del paciente (documentar en el expediente).
7. Sugerencia (2C). Los principales objetivos del tratamiento deben incluir la discusión del riesgo a sí mismo y a otros que conlleva el uso continuado de alcohol (documentar en el expediente).
8. Recomendación (1C). Los pacientes con TUA deben tener un tratamiento personalizado que incluya tratamientos farmacológico y no farmacológico basados en evidencia.

Elección de farmacoterapia

9. Recomendación (1C). Se debe ofrecer naltrexona y acamprosato a pacientes con TUA moderado y severo que: desean disminuir el consumo o lograr la abstinencia, prefieran farmacoterapia o no han respondido al tratamiento no farmacológico, y no tienen contraindicación para el uso de medicamentos.
10. Sugerencia (2C). Se debe ofrecer disulfiram a pacientes con TUA moderado y severo que: desean lograr la abstinencia, desean disulfiram / no han respondido a la naltrexona y/o acamprosato, son capaces de comprender los riesgos de combinar disulfiram con alcohol y no tienen contraindicación para el uso del medicamento.
11. Sugerencia (2C). Se debe ofrecer topiramato y gabapentina a pacientes con TUA moderado y seve-

ro que: desean disminuir el consumo o lograr la abstinencia, prefieran estos medicamentos, son intolerantes o no han respondido a la naltrexona y/o acamprosato y no tienen contraindicación para el uso del medicamento.

Recomendaciones contra el uso de medicamentos específicos

12. Recomendación (1B). No utilizar antidepresivos, a menos que se haya demostrado un trastorno comórbido para el cual esté indicado el medicamento.
13. Recomendación (1C). No utilizar benzodiazepinas, excepto en casos de abstinencia aguda o un trastorno comórbido para el cual esté indicado el medicamento.
14. Recomendación (1C). No utilizar tratamiento farmacológico en mujeres embarazadas o lactando, excepto en casos de abstinencia aguda (benzodiazepinas) o un trastorno comórbido (tratamiento indicado).
15. Recomendación (1C). No utilizar acamprosato en pacientes con insuficiencia renal aguda (IRA).
16. Recomendación (1C). En pacientes con IRA leve a moderada no utilizar acamprosato como medicamento de primera línea; en caso de usarlo disminuir dosis.
17. Recomendación (1C). No utilizar naltrexona en pacientes con hepatitis o falla hepática.
18. Recomendación (1C). No utilizar naltrexona en pacientes que utilicen opiáceos.

Tratamiento del TUA y Trastorno por uso de opiáceos comórbido

19. Recomendación (1C). En caso de pacientes con trastorno comórbido, utilizar naltrexona si: el paciente desea abstenerse del consumo de opiáceos y disminuir o abstenerse del consumo de alcohol y si el paciente es capaz de abstenerse del uso de opiáceos por un tiempo suficiente antes de iniciar el tratamiento con naltrexona.

El beneficio potencial de cada uno de los medicamentos fue determinado tomando en cuenta los riesgos del mismo, así como del uso continuado de alcohol.

La *naltrexona* y el *acamprosato* cuentan con la mayor evidencia de investigación para el tratamiento farmacológico del TUA; ambos tienen efectos positivos en general, aunque no muestran gran beneficio en cuanto a las recaídas al compararlos con los otros medicamentos y presentan mínimo riesgo de daño (principalmente al compararlos con el uso continuado de

alcohol), siempre y cuando su uso no esté contraindicado. Específicamente el acamprosato se ha relacionado con un ligero aumento de riesgo de diarrea y vómito, mientras que la naltrexona suele provocar mareo, náusea, vómito y alteraciones en la función hepática.

Los beneficios potenciales del disulfiram superan los riesgos del uso continuado de alcohol. Este medicamento llega a presentar mayor riesgo de efectos adversos como mareo, elevación de enzimas hepáticas e interacciones medicamentosas; sin embargo, se ha reportado una pequeña cantidad de eventos adversos serios.

El topiramato y la gabapentina se sugieren también como medicamentos útiles para pacientes con TUA

moderado y severo; a pesar de los beneficios el topiramato, se ha relacionado con un mayor riesgo de presentar alteraciones cognitivas, mareo, alteraciones en el sentido del gusto y disminución del peso y apetito, mientras que la gabapentina se relaciona en algunos casos con mareo y somnolencia leves.

Sofía Vidal de la Fuente

Bibliografía

Reus, V. I., Fochtmann, L. J., Bukstein, O. (2018). The American Psychiatric Association Practice Guideline for Pharmacological Treatment of Patients With Alcohol Use Disorder. *American Journal Psychiatry*, 175(1), 86-90.