Universidad Rey Juan Carlos

Facultad de Ciencias de la Salud

Departamento de Medicina y Cirugía, Psicología, Medicina Preventiva y Salud Pública e Inmunología Microbiología Médica y Enfermería y Estomatología

TESIS DOCTORAL

EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES DIRIGIDAS A PROFESIONALES DE ATENCION PRIMARIA PARA IMPLEMENTAR LAS RECOMENDACIONES SOBRE LA PREVENCION DEL CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL

Teresa Sanz Cuesta

2017

Universidad Rey Juan Carlos

Facultad de Ciencias de la Salud

Departamento de Medicina y Cirugía, Psicología, Medicina Preventiva y Salud Pública e Inmunología Microbiología Médica y Enfermería y Estomatología

TESIS DOCTORAL

EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES DIRIGIDAS A PROFESIONALES DE ATENCION PRIMARIA PARA IMPLEMENTAR LAS RECOMENDACIONES SOBRE LA PREVENCION DEL CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL

Autora: Teresa Sanz Cuesta

Directores: Dª. Isabel del Cura González

D. Ángel Gil de Miguel

Dª Isabel del Cura González, profesora del Departamento de Medicina y Cirugía, Psicología, Medicina Preventiva y Salud Pública e Inmunología Microbiología Médica y Enfermería y Estomatología de la Universidad Rey Juan Carlos

CERTIFICA

Que el proyecto de tesis doctoral titulado "Efectividad de las intervenciones dirigidas a profesionales de atención primaria para implementar las recomendaciones sobre la prevención del consumo de resigo de alcohol" ha sido realizado bajo mi dirección por Dª Teresa Sanz Cuesta y reúne todos los requisitos científicos y formales para ser presentado y defendido ante el tribunal correspondiente.

Y para que así conste a todos los efectos, firmo el presente certificado en Madrid a 26 abril de dos mil diecisiete.

Fdo. Profa. Dra. Isabel del Cura González

D. Ángel Gil de Miguel, Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública del Departamento de Medicina y Cirugía, Psicología, Medicina Preventiva y Salud Pública e Inmunología Microbiología Médica y Enfermería y Estomatología de la Universidad Rey Juan Carlos

CERTIFICA

Que el proyecto de tesis doctoral titulado "Efectividad de las intervenciones dirigidas a profesionales de atención primaria para implementar las recomendaciones sobre la prevención del consumo de resigo de alcohol" ha sido realizado bajo mi dirección por Dª Teresa Sanz Cuesta y reúne todos los requisitos científicos y formales para ser presentado y defendido ante el tribunal correspondiente.

Y para que así conste a todos los efectos, firmo el presente certificado en Madrid a 26 abril de dos mil diecisiete.

Fdo. Dr. Ángel Gil de Miguel

A mi familia

AGRADECIMIENTOS

Mi más sincero agradecimiento a mi directora de tesis, Isabel del Cura González, a quien conocí de alumna y hace tiempo se convirtió en mi mejor maestra. Todo lo bueno de este trabajo te lo debo a ti. Gracias por haberme ayudado a convertir un sueño en realidad.

Gracias a mi codirector de tesis, Ángel Gil de Miguel, por su apoyo, su confianza y por ponerme siempre las cosas tan fáciles.

A mis compañeras y amigas Esperanza Escortell y Milagros Rico, por su ejemplo diario de vitalidad, alegría, y por todo lo que cada día me enseñais del trabajo y de la vida. Y a mi nuevo compañero Ricardo Rodríguez, por compartir conmigo todos sus conocimientos y por ser un ejemplo tanto en lo profesional como en lo personal.

A todos los investigadores colaboradores de este proyecto, con los que he compartido muchas horas de trabajo e incertidumbre, Amaya Azcoaga, Jesús Martín, Mª Eugenia Tello, Jesús López Alcalde, Elisa Ceresuela, Rosa Ana Escrivá, Mercedes Rumayor, Teresa Rodriguez, Carmen Saa, Tomás Gómez, Milagros Rico, Esperanza Escortel, Isabel del Cura, y Ángel Gil. Gracias por estar siempre dispuestos.

Y a tantos otros que han contribuido con su buen hacer a este proyecto. A Juan Medino, por su impagable apoyo en la búsqueda bibliográfica y localización de documentos, y por hacerlo todo siempre fácil. A Juan Carlos Gil, Marcial Caboblanco e Isabel Morales, por su ayuda en la edición del documento. A Mariel Morey, por ayudarme con la presentación de los datos y por hacerme sentir que siempre puedo contar con ella.

A mis padres, de quien aprendí el compromiso con el trabajo y la grandeza de las cosas pequeñas. A mi hermana Nieves, por estar siempre, por cuidarme, por compartir su vida conmigo y porque a pesar de ser “la más pequeña” se ha convertido en un referente para mí.

Y muy especialmente a mi marido Javier, y a mis hijas Andrea y Marta, por todo el amor que me dan cada día, por su paciencia, por confiar en mí más que yo misma y por ayudarme a creer que podría lograrlo. Sin vosotros no lo habría conseguido.

INDICE

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS **19**

ÍNDICE DE TABLAS 21

ÍNDICE DE FIGURAS 23

GLOSARIO DE ABREVIATURAS **25**

RESUMEN **29**

1. INTRODUCCIÓN **41**

1.1 El problema del alcohol 43

1.2 Cuantificación del consumo de alcohol: gramos de alcohol consumido y Unidades de Bebida Estándar (UBE) 44

1.3 Niveles y categorías de consumo de alcohol 45

1.4 Patrones de consumo de alcohol: consumo de riesgo, consumo perjudicial, dependencia al alcohol y consumo intensivo. Términos no recomendados para definir patrones de consumo de alcohol 45

1.5 Magnitud del problema 49

1.6 Consecuencias del consumo de alcohol 52

1.6.1. Morbilidad asociada al consumo de alcohol. 54

1.6.2. Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol 58

1.6.3. Los efectos del alcohol en terceras personas 60

1.6.4. ¿Puede esperarse algún efecto positivo derivado del consumo de alcohol? 63

1.7. Métodos de cribado. Test AUDIT, AUDIT-C y CAGE. Utilidad de los marcadores bioquímicos 65

1.7.1. Desarrollo y validación del AUDIT(37) y el AUDIT-C(38) 66

1.7.2. ¿Pueden utilizarse los marcadores bioquímicos como instrumentos de cribado? 68

1.8. Recomendaciones para abordar el consumo de riesgo de alcohol en Atención Primaria. Intervención Breve. Evidencias de su efectividad 68

1.9. Estrategias para la implementación de recomendaciones en la práctica clínica. 75

2. JUSTIFICACIÓN **79**

3. HIPÓTESIS **83**

4. OBJETIVOS **87**

5. MATERIAL Y MÉTODOS 91

5.1 Diseño 93

5.2. Criterios de elegibilidad de los estudios 93

5.2.1. Tipo de estudios. 93

5.2.2. Tipo de participantes 93

5.2.3 Tipo de intervenciones 93

5.2.4. Tipo de medidas resultado 94

5.3. Estrategia de búsqueda. 96

5.4. Selección de estudios 97

5.4.1 Cribado título y resumen: 98

5.4.2 Cribado texto completo: 98

5.5. Extracción de datos 98

5.6. Evaluación del riego de sesgo de los estudios incluidos 99

5.7. Descripción del cálculo del tamaño de la muestra en los estudios incluidos 106

5.8. Evaluación de la heterogeneidad de los estudios incluidos 106

5.9. Medidas del efecto de las intervenciones 106

5.10. Síntesis de datos 107

5.11. Otras consideraciones 108

6. RESULTADOS 109

6.1 Selección de estudios 111

6.2 Características de los estudios Incluidos 113

6.3. Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos 145

6.4 Descripción de las intervenciones 148

6.5. Resultados de los estudios individuales 162

6.6 Síntesis de los resultados. 170

6.6.1 Efecto de las intervenciones en resultados del proceso de atención 170

6.6.2. Efecto de las intervenciones sobe los resultados en pacientes 172

7. DISCUSIÓN 175

7.1. Efectividad de las estrategias de implementación 177

7.2. Limitaciones metodológicas. 181

7.3. Descripción de las estrategias evaluadas. 184

7.4. Implicaciones para la práctica y para la investigación 186

8. CONCLUSIONES 189

9. BIBLIOGRAFÍA 195

10. ANEXOS 207

Anexo 1. Cuestionario AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) 209

Anexo 2. Cuestionario AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test) 210

Anexo 3. Cuestionario CAGE 211

Anexo 4. Estrategias de implementación dirigidas a los profesionales 212

Anexo 5. Estrategias de búsqueda bibliográfica Medline 215

Anexo 6. Estrategias de búsqueda bibliográfica Embase 217

Anexo 7. Estrategias de búsqueda bibliográfica The Cochrane Library 219

Anexo 8. Estrategias de búsqueda bibliográfica CINAHL 221

Anexo 9. Estrategias de búsqueda bibliográfica Web of Science 224

Anexo 10. Estrategias de búsqueda bibliográfica OPEN GREY 225

Anexo 11. Estrategias de búsqueda bibliográfica LILACS 230

Anexo 12. Estrategias de búsqueda bibliográfica IBECS 233

Anexo 13. Estrategias de búsqueda bibliográfica Cochrane Drugs an Alcohol Group. 236

Anexo 14. Estrategias de búsqueda bibliográfica Centre for Reviews and Dissemination databases 237

Anexo 15. Formulario de elegibilidad de Texto Completo 239

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Contenido de alcohol en las bebidas más habituales y equivalencia en unidades de bebida estándar (UBE). 44

Tabla 2. Niveles de riesgo de consumo de alcohol. 45

Tabla 3. Criterios de dependencia de consumo de alcohol. CIE-10 47

Tabla 4. Efectos derivados del consumo de alcohol a nivel individual. 56

Tabla 5. Riesgos relativos de enfermedades seleccionadas por diferentes niveles de consumo de alcohol a nivel individual. 58

Tabla 6. Daños causados por el alcohol a terceras personas. 61

Tabla 7. Estadios del proceso de cambio de una conducta. 69

Tabla 8. Modelo de las 5 aes para las intervenciones de asesoramiento. 70

Tabla 9. Bases de datos consultadas en la búsqueda bibliográfica. 97

Tabla 10. Criterios para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios incluidos. 102

Tabla 11. Referencias obtenidas en cada base de datos consultada. 111

Tabla 12. Característica del estudio incluido “Bauchsbaum 1993” 118

Tabla 13. Valoración Riesgo de Sesgo del estudio incluido “Bauchsbaum 1993”. 120

Tabla 14. Característica del estudio incluido “Butler 2013”.) 121

Tabla 15. Valoración del Riesgo de Sesgo estudio incluido “Butler 2013”. 123

Tabla 16. Descripción del estudio incluido “Chossis 2006” 124

Tabla 17. Valoración del Riesgo de Sesgo del estudio incluido “Chossis 2006” 126

Tabla 18. Descripción del estudio incluido “Hilbink 2006”. 127

Tabla 19. Valoración del Riesgo de Sesgo del estudio incluido “Hilbink 2006”. 129

Tabla 20. Descripción del estudio incluido “Kaner 2003”. 130

Tabla 21. Evaluación del riesgo de sesgo del estudio incluido “Kaner 2003”. 132

Tabla 22. Descripción del estudio incluido “ODHIN 2014”. 133

Tabla 23. Valoración del Riesgo de Sesgo del estudio incluido “ODHIN” 135

Tabla 24. Descripción del estudio incluido “Saitz 2003” 136

Tabla 25. Valoración del Riesgo de Sesgo del estudio incluido “Saitz 2003” 138

Tabla 26. Descripción del estudio incluido “Sanci 2015”. 139

Tabla 27. Valoración del Riesgo de Sesgo del estudio incluido “Sanci 2015”. 141

Tabla 28. Descripción del estudio incluido “WHO 2005”. 142

Tabla 29. Descripción del Riesgo de Sesgo del estudio incluido “WHO 2005”. 144

Tabla 30. Descripción de la intervención del estudio incluido “Bauchsbaum 1993”..... 149

Tabla 31. Descripción de la intervención del estudio incluido “Butler 2013”..... 150

Tabla 32. Descripción de la intervención del estudio incluido “Chossis 2006”. 151

Tabla 33. Descripción de la intervención del estudio incluido “Hilbink 2006”. 152

Tabla 34. Descripción de la intervención del estudio incluido “Kaner 2003”. 154

Tabla 35. Descripción de la intervención del estudio incluido “ODHIN 2014”. 155

Tabla 36. Descripción de la intervención del estudio incluido “Saitz 2003”. 157

Tabla 37. Descripción de la intervención del estudio incluido “Sanci 2015”. 158

Tabla 38. Descripción de la intervención del estudio incluido “WHO 2005”. 160

Tabla 39. Resultados de las 10 comparaciones de resultados de cumplimiento de recomendaciones (proceso) 163

Tabla 40. Resultados de las 6 comparaciones con medidas de resultados en pacientes. 167

Tabla 41. Síntesis de los resultados de cumplimiento de recomendaciones (proceso) de los 7 estudios (10 comparaciones) incluidos en la revisión..... 172

ÍNDICE DE FIGURAS

Figuras 1. Modelo conceptual del consumo de alcohol y consecuencias para la salud. 53

Figuras 2. Algoritmo de actuación en Atención Primaria..... 74

Figuras 3. Diagrama de flujo para la selección de los estudios. 112

Figuras 4. Resumen de la evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos. 147

Figuras 5. Gráfico de Riesgo de Sesgo. Porcentaje de cada nivel de riesgo de sesgo entre todos los estudios incluidos.. 148

Figuras 6. Efecto de las intervenciones sobre el cumplimento de recomendaciones por los profesionales. 171

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

AHRQ: Programa de Atención de Salud Efectiva de la Agencia de Investigación y Calidad de la Salud de EEU.

AP: Atención Primaria

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test (Prueba de identificación de trastornos relacionados con el consumo de alcohol)

BRFSS: Sistema de Vigilancia del Factor de Riesgo de Comportamiento, EEUU

CAGE: Chronic Alcoholism General Evaluation (Evaluación General del Alcoholismo Crónico)

CDC: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, EEUU

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disordes (Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición)

ECA: Ensayo Clínico Aleatorizado

ECA-cluster: Ensayo Clínico Aleatorizado por cluster

EDADES: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España

ENS: Encuesta Nacional de Salud

ESTUDES: Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España

GC: Grupo control

GI: Grupo intervención

Grupo EPOC: (Effective Practice & Organization of Care) de la Colaboración Cochrane

g/día: gramos por día

MDR: Muertes Directamente Relacionadas con el alcohol

NA: No Aplicable

NS: No Significativo

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAPPS: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud

PRECIS: PRagmatic-Explanatory Continuum Indicator Summary

RIC: Rango Intercuartil

SAF: Síndrome Alcohólico Fetal

SIVFRENT: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles

SIVFRENT-A: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en Adultos

SIVFRENT-J: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en Jóvenes

USPSTF: U.S. Preventive Services Task Force

UBE: Unidad de Bebida Estándar

WHO: Organización mundial de la Salud.

RESUMEN

RESUMEN

Introducción

El consumo excesivo de alcohol representa un problema de salud pública que tiene un fuerte impacto en la salud física y psicológica generando una gran carga familiar y social. El daño que produce es, en general, directamente proporcional al nivel de consumo, sin existir un nivel exento de riesgo.

Los profesionales de atención primaria tienen la oportunidad de identificar mediante cribado sistemático a los consumidores de riesgo e intervenir a través de un consejo breve. La OMS considera que la intervención breve para disminuir el consumo de riesgo en atención primaria es una de las intervenciones sanitarias más costo efectiva, que evita enfermedades y muertes prematuras.

Por este motivo, las diferentes organizaciones que elaboran recomendaciones de intervenciones en estilos de vida en el contexto de la atención primaria, recomiendan el cribado oportunista mediante el test AUDIT-C, la intervención breve en atención primaria para consumidores de riesgo y la derivación a atención especializada para los consumidores dependientes. No obstante, existe evidencia de que el cumplimiento de estas recomendaciones es limitado. La existencia de recomendaciones no es suficiente para promover cambios en la práctica clínica, es necesaria una estrategia planificada de difusión e implementación de las mismas.

En los últimos años se han publicado ensayos clínicos y revisiones sistemáticas que evalúan la efectividad de diferentes estrategias dirigidas a los profesionales para mejorar la implementación en atención primaria de las recomendaciones para la práctica clínica. Ninguna de estas revisiones se ha centrado específicamente en estrategias dirigidas a los profesionales de la salud en atención primaria, ni contemplan la actualización metodológica propuesta por la Cochrane que incluye entre sus modificaciones el uso de una nueva herramienta de evaluación del riesgo de sesgo.

Identificar cuáles son las estrategias más efectivas para implementar las recomendaciones para prevenir el consumo de riesgo en los pacientes, dirigidas a los profesionales de atención primaria, aportará herramientas para abordar este importante problema de salud.

Hipótesis general

Existen estrategias dirigidas a los profesionales de atención primaria que mejoran la implementación de las recomendaciones sobre la prevención del consumo de riesgo de alcohol

en la población atendida en entornos de atención primaria. La efectividad de los distintos tipos de estrategia es variada y aumenta si se combinan varias de ellas.

Objetivo general

Evaluar la efectividad de las estrategias dirigidas a los profesionales de atención primaria para implementar las recomendaciones sobre la prevención del consumo de riesgo de alcohol en pacientes atendidos en entornos de atención primaria.

Objetivos específicos

1. Evaluar la efectividad de las estrategias dirigidas a los profesionales de atención primaria para implementar las recomendaciones sobre la prevención del consumo de riesgo en pacientes atendidos en entornos de atención primaria para disminuir el consumo de alcohol de los pacientes.
2. Evaluar la efectividad de las estrategias dirigidas a los profesionales de atención primaria para implementar las recomendaciones sobre la prevención del consumo de riesgo en pacientes atendidos en entornos de atención primaria para mejorar el cumplimento de los profesionales con dichas recomendaciones.
3. Describir el grado de cumplimiento o de adecuación de la descripción de las intervenciones de los estudios incluidos a la propuesta *"Template for Intervention Description and Replication"* (TIDieR).

Material y métodos

Diseño. Revisión Sistemática de ensayos clínicos con asignación aleatoria.

Criterios de elegibilidad de los estudios:

Tipo de estudios. Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA), con asignación individual o de conglomerados (ECA-cluster).

Tipo de participantes. Se incluyeron estudios en los que la mayoría de los participantes (>50%) fueron profesionales sanitarios trabajando en Atención Primaria (incluyendo médicos, enfermeras, asistentes, psicólogos, trabajadores sociales y personal administrativo).

Tipo de intervenciones. Cualquier estrategia dirigida a profesionales de atención primaria para la implementación y/o diseminación de recomendaciones para pacientes con consumo de riesgo o nocivo de alcohol atendidos en ese ámbito. La combinación de dos o más estrategias también fue considerada como una intervención válida.

Para la clasificación de las estrategias se ha utilizado la taxonomía propuesta por el grupo EPOC *(Effective Practice & Organization of Care)* de la Colaboración Cochrane. El grupo de

comparación podía ser cualquiera de los siguientes: no intervención, práctica habitual, o cualquier otra estrategia para la implementación y/o difusión de recomendaciones sobre el consumo de alcohol de riesgo o nocivo, en pacientes atendidos en atención primaria.

Tipo de medidas resultado. Se incluyeron ECAs que presentaban resultados de la práctica desarrollada por los profesionales (resultados de proceso) y/o resultados en los pacientes. No consideramos estudios elegibles los ECAs que sólo medían satisfacción o conocimiento de profesionales, o estudios que usaban solamente datos agregados, autodeclarados por los propios profesionales sobre su comportamiento.

Estrategia de búsqueda. La estrategia combina los conceptos de “alcoholismo/abuso de alcohol” con “atención primaria” y “recomendaciones”. Los resultados de la búsqueda se restringieron para identificar ECAs en MEDLINE, usando la Estrategia Cochrane de Búsqueda Altamente Sensible para identificar ensayos aleatorios en MEDLINE.

Se revisaron las siguientes bases electrónicas: MEDLINE, EMBASE, LILACS, CHINAL, IBECS, CRD, Wos, CENTRAL, Cochrane EPOC Group y Open Grey. Se realizó una búsqueda manual entre las referencias de los artículos incluidos.

Cada referencia identificada fue evaluada por dos revisores, utilizando un formulario desarrollado por los investigadores, a partir de las recomendaciones del Grupo EPOC. Cualquier desacuerdo fue resuelto a través de discusión. Si finalmente no se llegaba a un consenso, se consultaba con un tercer investigador. Durante la selección de estudios, los revisores no estuvieron enmascarados en relación a los resultados del ensayo, ni en los detalles de la publicación, ni en la institución.

Selección de estudios. Se hizo en dos fases:

- Cribado título y resumen. En esta fase se clasificaron los títulos y resúmenes en tres grupos: "excluido", "potencialmente relevante" o "poco claro". En esta etapa solo se excluyeron las referencias clasificadas por ambos revisores como "excluido".
- Cribado texto completo. Sobre los estudios clasificados en la fase previa como "poco claros" o "potencialmente relevantes", se recuperaron sus versiones en texto completo para la evaluación definitiva de la elegibilidad. En caso de no disponer de informe completo y no poder obtenerse la información, se excluyó. Se utilizó un formulario para la evaluación de la elegibilidad de textos completos desarrollado por los investigadores, a partir de las recomendaciones del Grupo EPOC. En esta fase los artículos se clasificaron en dos grupos: "excluido" o "incluido".

El resultado de esta fase de selección de estudios se expone en un diagrama de flujo, realizado según las recomendaciones de la declaración PRISMA.

Extracción de datos. Se elaboró un cuestionario de recogida de datos, basado en las recomendaciones del grupo EPOC que fue pilotado en varios estudios.

La extracción de datos de cada estudio fue realizada por dos revisores. Los desacuerdos fueron resueltos por discusión y consenso, y en caso de ser necesario fue evaluado por un tercer revisor. Aquellos estudios con varias publicaciones, fueron considerados como un único estudio, y se aseguró que se extrajera toda la información relevante de todas las publicaciones sobre el mismo estudio. Para la descripción de la intervención se utilizó la propuesta TIDieR publicada por varios autores del grupo *CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials)*.

Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos. Se utilizó la herramienta diseñada por el grupo EPOC para los ECA y se incorporaron algunas propuestas metodológicas para los ECAs por cluster. Se consideraron los siguientes dominios:

- Generación de la secuencia de aleatorización
- Ocultación de la secuencia de aleatorización
- Reclutamiento de participantes
- Enmascaramiento de los participantes y personal
- Enmascaramiento en la evaluación de resultados (para cada tipo de resultados: proceso y resultados en pacientes)
- Características basales similares
- Medidas resultados basales similares
- Datos de resultados incompletos (para cada tipo de resultados: proceso y resultados en pacientes)
- Notificación selectiva de los resultados
- Error de unidad de análisis

Dos revisores evaluaron de forma independiente el riesgo de sesgo de cada estudio incluido, Los desacuerdos fueron resueltos por discusión y consenso y, en caso de ser necesario, fue evaluado por un tercer revisor. Para cada estudio incluido se construyó una tabla de "Riesgo de sesgo", en la que para cada dominio se describirá el resultado de la evaluación ("Bajo riesgo" de sesgo, "Alto riesgo" de sesgo o "Poco claro" riesgo de sesgo), así como una descripción detallada de los aspectos del diseño o realización del estudio que fundamentan dicho resultado. También se construyó un "Gráfico del riesgo de sesgo" que representa, para cada dominio de riesgo evaluado, la proporción de estudios con cada uno de los posibles resultados ("Bajo riesgo", "Alto riesgo", "Riesgo poco claro"), y la figura "Resumen del riesgo de sesgo" que presenta las evaluaciones de todos los estudios y todos los dominios.

Estimación del efecto. Se calculó un tamaño de efecto único para cada tipo de resultado y comparación en cada estudio. Si un mismo estudio presentaba más de un resultado, se registró aquel que estaba definido como resultado principal por el autor. Si no había un resultado principal claro, se calculó la mediana de todos los resultados disponibles. Además, se realizó un análisis de sensibilidad en el que, en lugar del resultado mediano, se utiliza el mejor resultado de cada estudio.

Medidas del efecto de las intervenciones. Las medidas de efecto utilizadas dependieron del tipo de datos presentados en los estudios individuales:

- Para datos dicotómicos se calculó la Diferencia de Porcentajes Post-intervención.
- Para los resultados continuos se calculó la Diferencia de Medias o Medianas Post-intervención. La variabilidad de medidas de resultados utilizadas hace necesario estandarizar la diferencia de medias, sin embargo la mayoría de los estudios no facilitaron información sobre la desviación típica ni otra información que nos permitiera calcularla. Por tanto, los resultados de estas comparaciones no pudieron sintetizarse a través de los estudios incluidos.

Síntesis de datos. Para cuantificar los efectos de las estrategias se utilizó la mediana y rango intercuartil (RIC) de la medida del efecto entre los estudios. La cuantificación de la mejora implica dos usos distintos de la "mediana". En primer lugar, para manejar resultados múltiples dentro de los estudios individuales, identificamos la mediana del efecto a través de los resultados de cada estudio. Con cada estudio representado por su mediana de resultados, a continuación, se calculó la mediana y el RIC entre todos los estudios incluidos. Para los propósitos de los análisis de sensibilidad se repitió este cálculo utilizando el mejor resultado de cada estudio.

Se agregaron y analizaron los datos de acuerdo a las siguientes categorías: Tipo de estrategia, grupo de comparación, tipo profesional y tipo de resultados (profesionales o pacientes).

Resultados

Se identificaron 7.690 estudios de los que 9 (23 referencias) cumplieron los criterios de inclusión. Todos ellos fueron Ensayos Clínicos Aleatorizados por clúster, en su mayoría multicéntricos, realizados todos ellos en países con alto nivel de ingresos y financiados por organizaciones académicas como universidades, gubernamentales y fundaciones sin ánimo de lucro. No se identificaron conflictos de interés.

La unidad de aleatorización fue el centro en 5 de ellos y el profesional en los otros 4. En cuanto al objetivo de las estrategias evaluadas, dos de los estudios incluidos abordaban conjuntamente varias conductas de riesgo, no solo el consumo de alcohol. Las estrategias de

implementación se clasificaron con la taxonomía del Grupo EPOC incluyéndose visitas educativas o *"academic detailing" (*7 estudios) e "*Intervenciones mediadas por el paciente"* (2 estudios).

Ninguno de los 9 estudios incluidos tuvo "bajo riesgo de sesgo" para todos los dominios estudiados. El dominio en el que se observó mayor número de estudios con "alto riesgo de sesgo" fue el de enmascaramiento de participantes, seguido del enmascaramiento de la evaluación de los resultados. El dominio con mayor porcentaje de estudios con "bajo riesgo de sesgo" fue el error de unidad de análisis (solo en un estudio, se consideró "riesgo poco claro"), seguido de la generación de la secuencia aleatoria.

Resultados de los estudios individuales. En 3 estudios se presentan resultados de cumplimiento de recomendaciones por parte de los profesionales (proceso) y resultados en pacientes; en 4 estudios solo se presentan resultados de proceso de atención y en dos, sólo se presentan resultados en pacientes. Se realizaron 18 comparaciones (10 sobre resultados de cumplimiento de recomendaciones y 8 sobre resultados en pacientes).

Síntesis de los resultados. La mediana de las diferencias absolutas para las 10 comparaciones sobre resultados de proceso de atención fue de 4.75% (RIC 1,75%; 11,49%). Por tipo de intervención, la mayor diferencia se observó para las intervenciones mediadas por el paciente, 17,00% (RIC -1,00%; 19,50%). En cuanto al profesional a quien se dirigió la estrategia de implementación, la mediana de la diferencia fue mayor para estrategias dirigidas a equipos multidisciplinares que aquellas dirigidas a un solo tipo de profesional.

En las dos comparaciones de estrategias dirigidas a residentes se observó que el cumplimiento de las recomendaciones fue menor en el grupo de intervención. En relación al grupo de comparación, la mayor diferencia se observó para la práctica habitual, con una mediana de 17% (RIC 7,67%; 19,50%) y la menor para las comparaciones con entrega de recomendaciones escritas, mediana 4,00% (RIC 1,00%; 4,00%).

Cinco de los estudios incluidos presentaban resultados en pacientes, medidos como variables cuantitativas para la mayoría de los estudios. Las diferencias de medias en cada estudio no pudieron estandarizarse para evitar el uso de distintas escalas de medida, por lo que no se presenta la síntesis a través de la mediana de los efectos de los 5 estudios.

En seis de las comparaciones de tres estudios, se observaron disminuciones del consumo de alcohol en GI frente al GC. Dos de los estudios incluidos obtuvieron resultados contrarios a la hipótesis.

Conclusiones

1. Las estrategias de implementación dirigidas a los profesionales de atención primaria para implementar recomendaciones sobre la prevención del consumo de riesgo de alcohol que miden resultados en pacientes, obtienen resultados contradictorios. En 3 estudios, la estrategia evaluada, medida a través del cambio de puntuación del AUDIT-C, del número de bebidas/día o del porcentaje de pacientes con consumo de alcohol, obtuvo mejoras en dicho consumo. Otros dos estudios reportaron un mayor consumo en el grupo de intervención, medido como número de bebidas/día, bebidas/semana, número episodios consumo intensivo en último mes o porcentaje de pacientes que disminuyen su nivel de riesgo según AUDIT-C.

2. Los resultados muestran que las estrategias de implementación evaluadas logran mejoras modestas en el cumplimiento por parte de los profesionales de atención primaria de las recomendaciones sobre los consumidores de riesgo de alcohol. La mejora promedio absoluta en el cumplimiento de recomendaciones fue del 4,7%, pasando a un 8% cuando se analizó el mejor resultado de cada comparación.

3. La evidencia sobre la efectividad de las intervenciones debe ser valorada con cautela; aunque se ha realizado una exhaustiva estrategia de búsqueda bibliográfica (7690 referencias), tan solo 9 estudios (23 referencias) todos ellos ECAS por conglomerados, cumplieron los criterios de inclusión. Estos estudios presentan amplia heterogeneidad en cuanto a la estrategia evaluada, el contexto en el que se aplica, las medidas de resultado utilizadas así como importantes limitaciones metodológicas. Ninguno de los estudios incluidos fue clasificado como “bajo riesgo de sesgo” para todos los dominios evaluados. Los resultados sobre el cumplimiento de los profesionales fueron referidos por el paciente u obtenidos de la cumplimentación de formularios por el profesional. Este tipo de mediciones, poco objetivas, son susceptibles a sesgos de medición. Además, los resultados sobre el consumo de alcohol fueron autoinformados por el paciente, lo que los hace muy vulnerables al sesgo de deseabilidad social.

4. De las estrategias de implementación evaluadas, fueron las intervenciones mediadas por el paciente las que consiguieron mejores resultados en el cumplimiento (17%). Este tipo de intervenciones supone la recogida previa de información clínica del paciente que se le entrega al profesional durante la consulta.

5. La efectividad de las estrategias fue mayor en los casos en que se comparaba la intervención con la práctica habitual (17%), y menor cuando se comparaba con la entrega de recomendaciones escritas (4%), una estrategia de implementación que de forma aislada ha demostrado tener un ligero efecto, lo que podría mejorar los resultados en el grupo control y por tanto obtener una menor diferencia en el efecto con el grupo de intervención.

6. En relación con la efectividad por tipo de profesional al que van dirigidas las estrategias, el efecto observado sobre el cumplimiento es mayor para los médicos (11,2%) que para las enfermeras (2,5%); en el caso de los residentes, las dos comparaciones incluidas mostraban resultados muy dispares.

7. En dos de los estudios incluidos en nuestra revisión se puso de manifiesto que al aumentar la intensidad de la estrategia aumentaba la tasa de intervención breve, pero en uno de ellos se observó paralelamente una disminución de su adecuación, en relación al resultado del cribado del paciente.

8. Las estrategias con formación y apoyo aumentaron las tasas de intervención breve solo para los médicos que tenían seguridad y compromiso terapéutico con el abordaje del alcohol. Las actitudes de los profesionales sanitarios hacia el trabajo con consumidores de alcohol son un importante determinante del éxito de cualquier estrategia de implementación. El conocimiento de las herramientas y la confianza de los profesionales sanitarios son predictores de la realización de cribado e intervención breve, pero también lo son la relación y comunicación con el paciente, así como algunos factores estructurales, por lo que es fundamental identificar las barreras y adaptar las intervenciones.

9. La información reportada por los estudios incluidos para describir la intervención no ha permitido valorar el grado de adecuación en todos los dominios. La mayores limitaciones se presentan al describir la teoría en la que se fundamenta la intervención y en la forma en la que ha sido adaptada.

10. En el contexto de la atención primaria, las estrategias para implementar las recomendaciones para la prevención del consumo de riesgo de alcohol deberían diseñarse describiendo con detalle la teoría en la que se fundamentan, identificando barreras y facilitadores para adaptarse al contexto, teniendo también en cuenta a todos los profesionales que desempeñan su trabajo en atención primaria, siendo una alternativa las estrategias mediadas por pacientes. Desde la organización sanitaria sería necesario reflexionar sobre la formación que se ofrece a los profesionales, tanto en el contexto en el que se realiza, favoreciendo la formación en contextos de práctica, como en sus contenidos, que no deberían limitarse sólo al problema del alcohol para la salud, al cribado y a la intervención breve, si no también a trabajar las actitudes de los profesionales para mejorar su seguridad y el compromiso terapéutico con este importante problema de salud.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 El problema del alcohol

El alcohol es una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia que se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos(1).

El consumo excesivo de alcohol representa un problema de salud pública que tiene un fuerte impacto en la salud física y psicológica. El consumo nocivo de alcohol conlleva una pesada carga sanitaria, social y económica para el conjunto de la sociedad. El alcohol afecta a las personas y las sociedades de diferentes maneras, y sus efectos están determinados por el volumen de alcohol consumido, los hábitos de consumo y, en raras ocasiones, la calidad del alcohol.

La mayor parte de los daños y los costes sociales y de salud asociados al alcohol son producidos por consumidores no dependientes(2). De hecho, incluso el consumo moderado de alcohol supone un riesgo para el bebedor, especialmente asociado con un aumento de accidentes. El consumo de alcohol y los problemas relacionados con el alcohol varían ampliamente en todo el mundo, pero la carga de la enfermedad y la mortalidad siguen siendo importantes en la mayoría de los países. Según la OMS en 2012, unos 3,3 millones de defunciones, el 5,9% del total mundial, fueron atribuibles al consumo de alcohol(1).

El consumo de alcohol está considerado el tercer factor de riesgo de enfermedad e incapacidad (después del tabaquismo y la hipertensión arterial) a nivel mundial , ocupando el primer lugar en los países de renta media (3).

El uso nocivo del alcohol no sólo puede causar dependencia, sino que también aumenta el riesgo de desarrollar más de 200 enfermedades, incluyendo la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer e incluso puede producir la muerte. También se ha sugerido en diferentes investigaciones una relación no causal, sino como elemento circunstancial, entre el consumo de alcohol y algunas enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y el VIH / SIDA(4).

El uso nocivo del alcohol es uno de los cuatro factores de riesgo de enfermedades no transmisibles que son susceptibles de modificación y prevención junto con el consumo de tabaco, una dieta poco saludable y la falta de actividad física.

La Unión Europea es la región del mundo con la mayor proporción de bebedores y con los niveles más elevados de consumo de alcohol en la población. En España, el consumo de riesgo y el consumo nocivo de alcohol es una de las primeras causas prevenibles de morbilidad y mortalidad.

1.2 Cuantificación del consumo de alcohol: gramos de alcohol consumido y Unidades de Bebida Estándar (UBE)

Se recomienda la cuantificación del consumo de alcohol mediante entrevista semiestructurada que valore la cantidad y la frecuencia de las bebidas alcohólicas consumidas.

El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar.

En los estudios de investigación se suele cuantificar como gramos de alcohol puro ingerido ([Cantidad ingerida (ml o cm3) x Graduación alcohólica de la bebida x 0,80] /100) mientras que en el ámbito asistencial se recomienda la cuantificación como unidades de bebida estándar porque permite una cuantificación rápida del consumo y se convierte fácilmente en gramos de alcohol consumidos. Tan sólo precisa de una tabla de equivalencias con la cantidad y tipo de bebida alcohólica consumida para calcular el consumo. Cada país debería determinar el contenido de alcohol de una bebida estándar no sólo por consenso, sino mediante estudios científicos.

En Europa, una bebida estándar contiene 10 gramos de alcohol absoluto(5) y equivale a una consumición de vino (100ml), cava (100ml) o cerveza (200ml) y a media consumición de destilados o combinados (25 ml). En la tabla 1 se muestran las equivalencias en UBE de los productos consumidos con mayor frecuencia en España (6).

Tabla 1. Contenido de alcohol en las bebidas más habituales y equivalencia en unidades de bebida estándar (UBE).

Bebida	Consumición habitual	Equivalencia en UBE
Cerveza (3º-5º)	Un quinto/ una caña (200cc)	1 UBE
	Un litro	5 UBE
Vino, cava (12º-14º)	Un vaso (100cc)	1 UBE
	Un litro	10 UBE
Carajillo	25cc	1 UBE
Vino dulce/jerez/vermut (18º-20º)	Una copa (50cc)	2 UBE
Destilados (40º-50º)	Una copa (50cc)	2 UBE
	Un combinado (50cc)	

Tomada de: Silla Stoel M, Rosón Hernández B. Evaluación del consumo de alcohol y diagnóstico de patrón de consumo. Transtor Adict. 2009;11(3):191–9.

No todos los países poseen una definición de bebida estándar; en Estados Unidos y Canadá una bebida estándar contiene entre 13 y 14 gramos de alcohol. En Europa y Australia está en torno a los 10 gramos y en el Reino Unido se le asigna un valor de 8 gramos(5)(7).

1.3 Niveles y categorías de consumo de alcohol

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en sus informes hace referencia a tres niveles de consumo según la ingesta de gramos de alcohol al día, diferenciada según el sexo, considerando los abstemios como un cuarto nivel aparte (8) (tabla 2).

El nivel I se refiere a ingesta superior a 0 hasta 40 g en hombres y >0 hasta 20 g en mujeres, nivel II >40 hasta 80 g en hombres o >20 hasta 60 g en mujeres, y el nivel III >80 g en hombres y >60 g en mujeres (30-32). Esta clasificación, que es muy útil desde el punto de vista epidemiológico, puede llevar a confusión en la práctica clínica al asumir los niveles como ligero, moderado y excesivo. Sin embargo, debe considerarse que el nivel II se trata de un nivel de consumo de riesgo y no de un consumo "moderado" (Tabla 2).

Tabla 2. Niveles de riesgo de consumo de alcohol.

Categoría	Definición (gramos alcohol /día)	
	Hombre	Mujer
Abstemio	0	0
Nivel I	>0-40 g	>0-20 g
Nivel II	>40-60 g	>20-40 g
Nivel III	>60 g	>40 g

1.4 Patrones de consumo de alcohol: consumo de riesgo, consumo perjudicial, dependencia al alcohol y consumo intensivo. Términos no recomendados para definir patrones de consumo de alcohol

El consumo excesivo de bebidas alcohólicas puede definirse en relación con la cantidad de ingesta de alcohol y con las consecuencias físicas y psicológicas asociadas a su consumo. Según estos criterios, hay tres categorías relacionadas con el consumo excesivo de alcohol: consumo de riesgo, consumo perjudicial y dependencia del alcohol(7). Es importante tener en cuenta que el consumo de alcohol, sus daños asociados y la dependencia constituyen un continuo. No son entidades estáticas y los individuos se mueven a lo largo de ese continuo durante sus vidas.

El **consumo de riesgo** (Hazardous drinking) se ha definido como un nivel o patrón de consumo que conlleva un riesgo de daños futuros para la salud física o mental, para el bebedor y para terceros, pero que no se traducen en problemas físicos o mentales actuales(9). Este concepto no está recogido en los manuales de clasificación de enfermedades, Clasificación Internacional

de Enfermedades, décima versión (CIE-10) o Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV), porque no se refiere a ninguna dolencia existente. Sin embargo, tiene mucha relevancia desde el punto de vista de la salud pública.

Para la valoración del consumo de riesgo es importante registrar el consumo por días, si existen cambios de consumo particularmente durante el fin de semana y si existen consumos elevados por ocasión de consumo aunque sea de forma infrecuente. Podría coexistir un consumo diario habitual bajo con un consumo semanal de riesgo o con una cantidad de riesgo en las ocasiones en que consume.

En España, se ha adaptado la recomendación de la OMS y los niveles considerados de riesgo son (10):

En mujeres y personas mayores de 65 años
>2 -2,5 UBEs al día, 17 UBEs por semana o ≥4 UBEs por ocasión de consumo concentrado
En varones menores de 65 años
>4 UBEs al día, 28 UBEs por semana o ≥6 UBEs por ocasión de consumo concentrado

También se considera consumo de riesgo cualquier grado de consumo en caso de antecedentes familiares de dependencia al alcohol, así como cualquier consumo en menores de edad, mujeres embarazadas y personas con actividades, enfermedades y tratamientos que desaconsejen el consumo.

El **consumo perjudicial** de alcohol (Harmful drinking)(7) se define como un patrón de consumo que daña la salud, tanto física (por ejemplo, cirrosis hepática) como mental (por ejemplo, depresión derivada del consumo de alcohol), sin que haya síntomas de dependencia (11). Está definido por la OMS como el consumo medio regular de > 40 g/día de alcohol en mujeres, y > 60 g/día en hombres (8), que coincide con el nivel II de las categorías de consumo.

La **dependencia al alcohol**: cuando el consumo de alcohol además de haber producido consecuencias adversas, se ha convertido en una conducta adictiva, se considera dependencia del alcohol. Es una enfermedad en sí misma, se define como un conjunto de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento (como el temblor de manos, la aparición de vasos sanguíneos en el rostro y cambios en las mucosas (conjuntivitis y glositis) que indican que una persona sufre un deterioro del control sobre el consumo de alcohol y que sigue consumiéndolo a pesar de las consecuencias adversas. Para esta persona, la dependencia del alcohol es un mecanismo poderoso en el mantenimiento del consumo.

La décima revisión de la CIE-10(11), descrita en la tabla 3, proporciona pautas detalladas para el diagnóstico del síndrome de dependencia del alcohol. También los Criterios DSM-IV incluyen esta categoría, como individuos que han establecido una vinculación conductual y/o psicológica con el alcohol. Compulsión para tomar alcohol de manera continua o periódica

Tabla 3. Criterios de dependencia de consumo de alcohol. CIE-10(11)

Deseo intenso o compulsión a consumir alcohol
Disminución de la capacidad de control:
Dificultades para controlar el inicio del consumo
Dificultades para acabar la ingesta y controlar la cantidad
Sintomatología de abstinencia
Tolerancia o neuroadaptación
Abandono progresivo de actividades
Persistencia en el consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales

Consumo intensivo de alcohol (Binge drinking), este término se refiere al consumo excesivo ocasional, que puede ser particularmente perjudicial para la salud, y es definido como el consumo, por parte de un adulto, de por lo menos 60 g de alcohol en una sola sesión. En España se ha propuesto traducirlo como **episodios de consumo intensivo de alcohol**. Para su definición deben tenerse en cuenta los criterios de cantidad, duración y frecuencia. Consumo ≥ 60 gramos ó ≥ 6 Unidades de Bebida Estándar (UBEs), en varones, y de ≥ 40 o más gramos (4 UBEs), en mujeres, concentrado en una sesión de consumo (habitualmente 4-6 h.), durante la que se mantiene un cierto nivel de intoxicación (alcoholemia no inferior a 0,8) (12). Uno de los cambios más importantes en la perspectiva actual del abordaje de los problemas relacionados con el alcohol, ha sido la incorporación de este patrón de consumo asociado al concepto de intoxicación.

Las personas que realizan este consumo, son un grupo de riesgo que a menudo pasa desapercibido; por un lado debido a que su ingesta regular es habitualmente moderada y no se detecta si sólo se considera el volumen promedio; y por otro lado, debido a la baja percepción del riesgo que se tiene de esta conducta, tanto en la persona que realiza este tipo de consumo, como en su entorno. El consumo intensivo de alcohol se da fundamentalmente entre la población más joven, aunque este patrón de consumo ha aumentado en general en toda la

población en los últimos años. Así, según los datos de EDADES 2013 (encuesta que se realiza en población de 15 a 64 años residente en hogares españoles), sólo el 47% de los encuestados perciben este tipo de consumo como conducta de riesgo (13).

Este tipo de consumo está estrechamente asociado a lesiones de tráfico o accidentes, suicidios juveniles y agresiones violentas.

Términos no recomendados para definir patrones de consumo de alcohol

En el lenguaje coloquial y a menudo también en el terreno profesional, se emplean una serie de términos que los expertos consideran deberían evitarse por imprecisos y confusos y carentes de una definición específica. A continuación se resumen algunos de los más utilizados(9)**.**

Alcoholismo: Es un término de larga tradición y con un matiz estigmatizante, en general equiparable al síndrome de dependencia alcohólica. Se recomienda utilizar el término dependencia.

Abuso: Término muy utilizado pero impreciso. En la clasificación DSMIV-TR queda como una categoría residual, mal definida y discutible, casi homologable a la dependencia «patrón desadaptado de consumo indicado por un uso continuado a pesar de los problemas persistentes recurrentes sociales, ocupacionales, psicológicos o físicos, causados o exacerbados por el consumo de la sustancia». La OMS no recoge este término en la CIE-10 (11), que desaconseja por ambiguo. En su lugar, prefiere usar consumo de riesgo o consumo perjudicial, según existan o no daños .

Consumo excesivo de alcohol: Categoría que no aparece para otras drogas y que la OMS desaconseja. Este término, heavy drinking en inglés, suele referirse a una pauta de consumo que excede un estándar de consumo aceptado. Debería sustituirse por «consumo de riesgo»(9).

Consumo moderado: Término inexacto que pretende oponerse al de consumo excesivo. Sería mejor hablar de consumo de riesgo bajo(9).

Consumo prudente: Término sujeto a múltiples interpretaciones sociales y culturales y que no existe como concepto específico, aunque muchas guías de educación sobre alcohol lo emplean para referirse a aquel consumo que, de mantenerse así, no es probable que genere problemas. Podría homologarse a consumo de riesgo bajo. Este consumo suele referirse al consumo de no más de 2 consumiciones al día, intercalando al menos 2 días sin alcohol en la semana = unos 100 g por semana. Teniendo en cuenta el balance entre el riesgo de enfermedades y lesiones atribuibles al alcohol y el riesgo vascular disminuido en ciertos casos, se estima que el nivel de

consumo de menor riesgo estaría próximo a cero en las mujeres menores de 65 años y sería menor a 5 g/día en las mujeres de 65 años o más. En los hombres, el mínimo riesgo estaría en torno a los 5 g/día en la edad media de la vida e inferior a 10 g/día a los 65 o más años. En edades muy avanzadas, el menor riesgo se acercaría de nuevo a las cero consumiciones(14). La mujer no debería pasar de 1 o máximo 2 consumiciones en un día y el hombre de 2 o máximo 3.

Consumo social: Consumo en compañía, opuesto al consumo en solitario. A menudo se confunde con consumo prudente, moderado o responsable.

Consumo responsable: Este concepto no existe ni en la OMS ni en ningún glosario o léxico reconocido por instituciones sanitarias. Suele usarse en las campañas publicitarias de la industria de las bebidas alcohólicas para referirse al consumo moderado y sin consecuencias.

1.5 Magnitud del problema

La OMS publicó en 2014 un nuevo Informe de Situación Mundial sobre Alcohol y Salud(1), sobre consumo, su impacto en la salud pública, y las respuestas políticas a nivel nacional de 194 países. En dicho informe se señalan los siguientes resultados:

- A nivel mundial, Europa es la región con mayor consumo de alcohol per cápita, con algunos de sus países con tasas de consumo particularmente altas.
- El análisis de las tendencias muestra que el nivel de consumo se mantiene estable en los últimos cinco años en la región europea, así como en África y en las Américas, aunque se han registrado incrementos en las regiones de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental.
- En promedio, en el mundo cada persona de 15 años o mayor bebe anualmente cerca de 6,2 litros de alcohol puro. Dado que se estima que menos de la mitad de la población (38,3%) bebe alcohol, lo cual implica que aquellos que lo beben en promedio consumen 17 litros de puro alcohol por año.
- En general, cuanto mayor es la RICueza económica de un país, más alcohol consume y menor es el número de la población abstemia. Como regla general, en los países con ingresos más altos se observan mayores consumos de alcohol per cápita y una prevalencia más alta de consumo episódico de alcohol entre los bebedores.

En España, según el análisis realizado por Galán et al(15) a partir de los datos de la **Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2011-2012** (n=20.608), el 77,5% de la población española ≥15 años declaró haber consumido alcohol a lo largo de la vida, el 65,4% en el último año y el 13,8% de

forma diaria. Se declaraban exbebedores (habían consumido alcohol previamente pero no durante últimos 12 meses) el 12,1%.

El 1,3% (2% en hombres y 0,7% en mujeres) eran bebedores de alto riesgo (consumo ≥40 g/día de alcohol en hombres o ≥24 g/día en mujeres) y el 64,1% (75,4% en hombres y 53,4% en mujeres) eran bebedores de bajo riesgo.

El 19,6% en hombres y 7,1% en mujeres realizaron consumo intensivo o de atracón (consumo de ≥6 UBEs de alcohol en hombres y ≥5 en mujeres, en 4-6 horas durante los últimos 12 meses). De estos, el 94% fueron clasificados como consumidores de bajo riesgo a partir de la ingesta promedio.

La prevalencia estandarizada por edad de bebedores de alto riesgo en >=15 años ha disminuido desde el 18,8% en 1987 hasta 1,3% en 2011-2012. Durante ese periodo, se produjo un descenso rápido desde 1987 a 1993, estabilizándose durante la década de los noventa para descender de nuevo a partir del año 2000. Este descenso se ha observado para ambos sexos y en todos los grupos de edad. Uno de los cambios más importantes en la perspectiva actual del abordaje de los problemas relacionados con el alcohol, ha sido la incorporación del patrón de consumo asociado al concepto de intoxicación, especialmente entre los jóvenes. El consumo de alcohol en España es compatible con el modelo de países en transición, donde el consumo intensivo es el que más contribuye al riesgo global. Se observa un importante descenso del consumo promedio de alto riesgo. En la encuesta también se destaca el que la cerveza ha desplazado al vino como bebida preferente.

Los resultados de la **Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España 2013 (EDADES)**(13), señalan que el 93,1% de la población de 15-64 años ha tomado bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, el 78,3% en el último año, el 64,4% en el último mes y el 9,8% diariamente. La prevalencia de consumo intensivo en los últimos 30 días fue de 15,5%. Si se comparan con datos de 2011, se observa un aumento para todas las prevalencias excepto para el consumo diario (10,2% en 2011).

La prevalencia de consumo de riesgo (AUDIT ≥8) fue del 5% para el total y del 6,5% para aquellos que habían consumido en el último año. La prevalencia de dependencia (AUDIT ≥20) fue del 0,5%. El consumo de riesgo fue superior en varones que en mujeres (9,7% vs 2,6%) y en los grupos de edad más jóvenes (11,8% en 15-24 años).

En cuanto a los jóvenes, los resultados de la **Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España 2014/2015 (ESTUDES)**(16), que ha estudiado 37.486 estudiantes de 941 centros educativos públicos y privados y 1.858 aulas, concluye que el 79% de los jóvenes

de 14 a 18 años que cursan enseñanzas secundarias habían consumido alcohol alguna vez, el 77% en el último año y aproximadamente 2 de cada 3 (68%) en el último mes. Estos porcentajes de consumo son menores que los registrados en 2012(17), principalmente por el descenso en la prevalencia en los grupos de edad más jóvenes (14 y 15 años). Asimismo, esta evolución del consumo coincide con una mayor percepción de riesgo asociada a la ingesta de alcohol. El consumo intensivo, binge drinking, también ha disminuido desde un 41,8% en 2012 a 32,2% en 2014.

En la Comunidad de Madrid, en 1995 se puso en marcha el **Si**stema de **V**igilancia de **F**actores de **R**iesgo asociados a **E**nfermedades **N**o **T**ransmisibles (SIVFRENT), que mide de forma continua, la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento y prácticas preventivas en esta región. Consta de dos subsistemas, el dirigido a la población adulta, SIVFRENT-A, y el dirigido a la población juvenil, SIVFRENT-J(18)(19).

El de adultos se basa en una encuesta telefónica realizada anualmente a una muestra de unas 2000 personas de 18 a 64 años residentes en la Comunidad de Madrid y el de jóvenes en la realización de encuestas autoadministradas en aula escolar, a una muestra de 2000 personas representativa de la población escolar de 4º de Enseñanza Superior Obligatoria (15-16 años).

Según el último informe del SIFRENT-A, en el año **2014**(18) el consumo medio semanal per cápita de alcohol fue 31,6 gramos (46,4 en hombres y 17,8 en mujeres). El 38,4% de los encuestados fueron clasificados como bebedores habituales (personas que han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días), siendo esta situación 1,7 veces más frecuente en hombres que en mujeres.

Un 1,8% de la población fue clasificada como bebedor de riesgo (consumo ≥40 g/día en hombres y ≥24 g/día en mujeres). El 39,3% fueron considerados como bebedor moderado (1-39 g/día en hombres y de 1-23 g/día en mujeres) y un 58,9% como no bebedor. La proporción de personas con consumos promedio de riesgo fue 1,4 veces mayor en los hombres que en las mujeres.

El 6,1% realizó al menos un episodio de consumo intensivo en los últimos 30 días (consumo en un corto período de tiempo, por ejemplo durante una tarde o una noche, de ≥80 g en hombres y ≥60 g en mujeres). Este consumo fue 2,3 veces más frecuente en hombres que en mujeres. La frecuencia de este comportamiento aumentó al disminuir la edad, siendo 2,1 veces más frecuente en el grupo de 18-29 años en comparación con el de 45-64 años.

De acuerdo con el resultado obtenido en el test de CAGE (Cut, Annayed, Guilty, Eye-opener), del total de bebedores habituales, en un 10,5% se detectó Síndrome de Dependencia

Alcohólica (respuesta afirmativa en dos o más preguntas de las cuatro preguntas del test), siendo esta prevalencia del 14,1% en los hombres y el 4,4% en mujeres.

La tendencia de los indicadores de consumo de alcohol muestra, en líneas generales, una evolución favorable entre 1995/1996 y 2013/2014, especialmente en los hombres. En ese periodo, la proporción de bebedores habituales se redujo un 21,0% en hombres y un 13,4% en mujeres, y la proporción de bebedores de riesgo disminuyó un 74,3% en hombres y un 30,8% en mujeres, respectivamente. Durante ese mismo periodo, el consumo excesivo en una misma ocasión disminuyó en hombres un 34,6% y un 15,6% en mujeres.

Según el último informe del SIFRENT-J, en el año **2015**(19)**,** globalmente, el 4,7% de los jóvenes fueron clasificados como bebedores a riesgo, el 45,5% como bebedores moderados y el 49,9% como no bebedores. La proporción de bebedores a riesgo fue notablemente superior en mujeres (6,2%) que en hombres (3,1%), y en jóvenes de 16 años (4,1%) frente a los de 15 años (3,1%).

El 33,3% de los entrevistados afirmó haber realizado algún episodio de consumo intensivo en los últimos 30 días, siendo similar en las mujeres (34,2%) y en los hombres (32,3%), y más frecuente en los jóvenes de 16 años (35,9%) que en los de 15 años (25,0%).

La disminución del consumo de alcohol fue también muy importante. Comparando los dos últimos años (2014/2015) con los dos primeros (1996/1997), el descenso de mayor magnitud se observó en los bebedores de riesgo, con una disminución en el porcentaje de jóvenes con este consumo del 85,1% en los chicos y del 60,4% en las chicas. El resto de indicadores presentaron disminuciones menores, aunque igualmente importantes. Hay que destacar que los descensos observados en los diferentes indicadores fueron, en términos relativos, mayores en los chicos que en las chicas; así se observó un descenso en el porcentaje con consumo intensivo de alcohol en los últimos 30 días del 35,8% en los chicos y del 16,0% en las chicas.

1.6 Consecuencias del consumo de alcohol

Hay muchos factores personales y sociales interrelacionados que contribuyen al consumo de bebidas alcohólicas y a los daños que provoca. El modelo causal conceptual de la figura 1 ilustra la compleja trama de relaciones que se establece entre el consumo, los factores relacionados y las consecuencias(1).

Figuras 1. Modelo conceptual del consumo de alcohol y consecuencias para la salud.

[a]: la calidad del alcohol que se consume también puede constituir un factor.
[b]: el desarrollo de los sistemas de salud y bienestar social, y la economía en su conjunto.
Fuente: World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Based on Rehm et al., 2010

El **consumo de alcohol**: los daños causados por el alcohol se correlacionan con el volumen de alcohol consumido y con el patrón de consumo (por ejemplo, la frecuencia y la cantidad ingerida cada vez, tanto a nivel de la persona como de la sociedad), que van a modular los efectos a través de mecanismos bioquímicos, de intoxicación y dependencia que coexisten en numerosas ocasiones(8)(20). Los efectos bioquímicos, dependiendo de la cantidad de alcohol y patrón del consumo, pueden ser dañinos o beneficiosos, y van a estar relacionados sobre todo con efectos crónicos a nivel individual. La intoxicación va a estar más relacionada con efectos agudos como la accidentabilidad, violencia y conflictos sociales. La dependencia, derivada de un consumo sostenido de alcohol tiene consecuencias tanto agudas como crónicas.

Factores de vulnerabilidad de la persona: factores que incrementan la propensión de algunas personas a consumir más alcohol y a seguir patrones más perjudiciales, así como la propensión a las lesiones causadas por el alcohol (controlando la cantidad de alcohol ingerido y los patrones de consumo). Estos factores son: la **edad** (los jóvenes son más propensos a los patrones más peligrosos); el **sexo** (las mujeres metabolizan el alcohol con más rapidez porque normalmente tienen menos masa corporal y una mayor proporción de grasa que los varones) y los **roles de género** (en muchas sociedades dominadas por los hombres, a las mujeres era habitual denegarles la posibilidad de beber alcohol, aunque no se libraran de los daños producidos por el consumo masculino; al cambiar estos roles, las mujeres se han convertido en destinatarias de la publicidad del alcohol y han adoptado patrones de consumo masculinos sin dejar de ser víctimas del consumo de sus parejas); los **factores familiares** (las personas con

antecedentes familiares de trastornos por consumo de alcohol son más propensas a sufrir los mismos problemas, tanto por la genética como por la influencia familiar); y la **situación socioeconómica** (las personas de los estratos socioeconómicos más bajos tienden a sufrir mayores consecuencias por litro de alcohol ingerido que las de clase socioeconómica más alta.

Factores de vulnerabilidad de la sociedad, son los factores propios de la sociedad que tienen un efecto sobre los patrones de consumo y los daños causados por el alcohol. Estos factores son: el **nivel de desarrollo** (los residentes de países menos desarrollados tienden a consumir menos bebidas alcohólicas, pero también tienden a tener menos servicios disponibles para mitigar los daños causados por el alcohol); la **cultura y las normas** (muchas culturas en las Américas celebran las fiestas u ocasiones especiales con alcohol, mientras que la estigmatización y las normas sociales pueden disuadir a la persona de buscar ayuda o tratamiento); el **contexto del consumo** (beber en lugares públicos conlleva diferentes riesgos que beber en casa); y la **producción, la distribución y la reglamentación** (la producción y la distribución tienen que ver con la disponibilidad de alcohol en todas partes, mientras que si se regulan los precios, la disponibilidad y la venta, se puede limitar la disponibilidad).

Consecuencias para la salud. El consumo de alcohol perjudica a la persona de diversas maneras; provoca lesiones en los órganos y los tejidos, induce comportamientos peligrosos durante la fase de intoxicación etílica y favorece el desarrollo de los trastornos por consumo de alcohol. Por lo tanto estas consecuencias para la salud pueden ser tanto crónicas (como los tumores, la cirrosis hepática o el alcoholismo) como agudas (como la intoxicación etílica, que puede ocasionar minusvalías irreversibles o la muerte).

1.6.1. Morbilidad asociada al consumo de alcohol.

Además de ser una droga de dependencia, el alcohol es una causa de cerca de 60 enfermedades y de condiciones diferentes, incluyendo lesiones, trastornos mentales y de comportamiento, enfermedades gastrointestinales, cánceres, enfermedades cardiovasculares, desórdenes inmunológicos, enfermedades pulmonares, enfermedades esqueléticas y musculares, trastornos y daño prenatal, incluido un mayor riesgo de prematuridad y bajo peso al nacer(21)(8). En la tabla 4 se exponen las consecuencias del alcohol a nivel individual(21).

Para la mayoría de las condiciones, el alcohol aumenta el riesgo de una manera dependiente de la dosis, con el mayor consumo de alcohol, mayor es el riesgo (tabla 5). Para algunas, como cardiomiopatía, síndrome de dificultad respiratoria aguda y daño muscular, el daño sólo aparece como resultado de un nivel sostenido de alto consumo de alcohol, pero incluso a niveles altos, el alcohol aumenta el riesgo y la gravedad de estas condiciones de una manera dependiente de la dosis. La frecuencia y el volumen de los consumos excesivos episódicos son de particular importancia para aumentar el riesgo de lesiones y ciertas enfermedades cardiovasculares (enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular).

Tabla 4. Efectos derivados del consumo de alcohol a nivel individual.

Problema de salud	Problema de salud específico	Resumen de la evidencia
Neoplasias malignas	Tracto gastrointestinal	El alcohol incrementa el riesgo de cánceres de labio, cavidad bucal, faringe, esófago, laringe, y en menor grado de estómago, colon, recto, y próstata. La relación es de tipo lineal (a mayor incremento del consumo mayor riesgo)
	Hígado	El alcohol incrementa el riesgo de cáncer de hígado de una forma exponencial
	Mama	El alcohol incrementa el riesgo de cáncer de mama de forma dosis dependiente
	El volumen promedio alto y sostenido de alcohol es más importante en esta relación que el patrón de consumo, que no parece tener un rol importante en la etiología del cáncer	
Enfermedades gastrointestinales, metabólicas y endocrinas	Cirrosis hepática	El alcohol incrementa el riesgo de cirrosis hepática de forma dosis-respuesta. Las mujeres tienen mayor riesgo que los hombres a cualquier niel de consumo.
	Pancreatitis	El alcohol incrementa el riesgo de pancreatitis tanto aguda como crónica con una relación dosis-respuesta
	Diabetes tipo II	Aunque bajos consumos tienen un efecto protector comparados con abstemios, cantidades elevadas incrementan el riesgo
	Sobrepeso y obesidad	El alcohol contiene 7,1 Kcal/g siendo un factor de riesgo para el sobrepeso y obesidad
	Malnutrición	Bebedores con muy altos consumos de alcohol suelen tener una ingesta nutricional desequilibrada y en algunos casos malnutrición
	Gota	El alcohol incrementa el riesgo de tener ácido úrico elevado en sangre de forma dosis-respuesta
	La mayor parte de esta relación parece ser dependiente del volumen de alcohol ingerido e independiente del patrón de consumo, aunque algunos autores han encontrado relación entre cirrosis hepática y binge drinking	
Enfermedades cardiovasculares	Hipertensión	El consumo de alcohol incrementa la presión arterial y el riesgo de hipertensión con una relación dosis-respuesta
	Accidente cerebrovascular	El alcohol aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular hemorrágico con una elación dosis-respuesta. La relación con la isquemia cerebral es en forma de "J": consumos bajos tienen un efecto protector respecto a los abstemios, incrementándose el riesgo con consumos más elevados
	Enfermedad coronaria	La relación entre el consumo de alcohol y la isquemia cardiaca tiene también forma de "J": consumos bajos tienen un efecto protector respecto a los abstemios, incrementándose el riesgo con consumos más elevados
	Arritmia cardiaca	Esta enfermedad está ligada principalmente con el consumo binge drinking, incluso en personas sin antecedentes de enfermedad del corazón
	Cardiomiopatía	El consumo de alcohol a dosis elevadas incrementa el riesgo de daño en el músculo cardiaco
	La hipertensión, los accidentes cerebrovasculares hemorrágicos, la enfermedad coronaria y cardiomiopatía, están relacionadas con el volumen promedio	

Problema de salud	Problema de salud específico	Resumen de la evidencia
	ingerido. La isquemia cerebral, arritmias y paro cardiaco, se relacionan principalmente con un patrón de consumo binge drinking, aunque también los accidentes cerebrovasculares hemorrágicos y la hipertensión	
Enfermedades neuropsiquiatrías	Ansiedad y alteraciones del sueño	Un 10-15% de las personas con un trastorno de ansiedad también tienen asociado trastornos por alcohol. El alcohol agrava los trastornos del sueño
	Epilepsia	El alcohol incrementa el riesgo desde dosis bajas
	Depresión	Los trastornos por alcohol son un factor de riesgo para la depresión con una relación dosis dependiente
	Dependencia del alcohol	El riesgo de dependencia al alcohol comienza con bajos niveles de consumo y se incrementa con el aumento de la ingesta. Los jóvenes son particularmente vulnerables
	Daño en el sistema nervioso	Entre un tercio y un cuarto de las personas con dependencia del alcohol tienen daño en el sistema nervioso periférico
	Daño cerebral	Altos consumos de alcohol se asocian a un incremento del riesgo de degeneración cerebral con una disminución de la función cognitiva
	Disminución de la función cognitiva y demencia	Altos consumos de alcohol incrementan el riesgo de pérdida de la capacidad cognitiva de forma dosis dependiente
	Este grupo de enfermedades se relaciona en general con altos niveles de consumo sostenido	
Sistema inmune		El alcohol puede interferir con las funciones normales del sistema inmune, incrementando la susceptibilidad hacia ciertas enfermedades infecciosas como neumonía, tuberculosis y posiblemente VIH
Sistema musculoesquelético		Hay un riesgo mayor de fracturas, especialmente en varones. Altos niveles de consumo originan, en relación dosis dependiente, enfermedades musculares
Lesiones intencionales y no intencionales	Violencia	Mayor riesgo de verse envuelto en acciones de violencia, que aumentan de severidad cuanto mayor es la ingesta de alcohol
	Accidentes	Las personas que tienen mayor riesgo son aquellas que beben habitualmente bajas cantidades de alcohol pero que ocasionalmente ingieren altos niveles
	Suicidio	Hay una relación directa entre el consumo de alcohol y el riesgo de suicidio
	Los accidentes se relacionan principalmente con el patrón de consumo binge drinking	
Problemas sociales	Consecuencias sociales negativas	El alcohol incrementa el riesgo de dañar la vida familiar, el trabajo, los estudios, las relaciones sociales, siendo proporcional a la cantidad de alcohol consumida
	Reducción de la actividad laboral	El consumo de elevadas cantidades de alcohol incrementa el desempleo y disminuye la productividad

Fuente: Anderson & Baumberg, 2006(21)

Tabla 5. Riesgos relativos de enfermedades seleccionadas por diferentes niveles de consumo de alcohol a nivel individual.

	Consumo de alcohol (g/día)					
	Hombres			Mujeres		
	<39 g	40-59 g	60 y + g	<19 g	20-39 g	40 y + g
Neoplasias malignas						
Cáncer de boca y orofaringe	1,5	1,9	5,4	1,5	2,0	5,4
Cáncer de esófago	1,8	2,4	4,4	1,8	2,4	4,4
Cáncer de laringe	1,8	3,9	4,9	1,8	3,9	4,9
Cáncer de hígado	1,5	3,0	3,6	1,5	3,0	3,6
Cáncer de mama				1,1	1,4	1,6
Otras neoplasias	1,1	1,3	1,7	1,1	1,3	1,7
Enfermedades gastrointestinales y endocrinas						
Cirrosis hepática	1,3	9,1	13,0	1,3	9,5	13,0
Varices esofágicas (en presencia de cirrosis hepática)	1,3	9,5	9,5	1,3	9,5	9,5
Pancreatitis aguda y crónica	1,3	1,8	3,2	1,3	1,8	1,8
Diabetes mellitus	1,0	0,6	0,7	0,9	0,9	1,1
Enfermedades cardiovasculares						
Hipertensión	1,4	2,0	4,1	1,4	2,0	2,0
Enfermedad coronaria	0,8	0,8	1,0	0,8	0,8	1,1
Isquemia cerebral	0,9	1,3	1,7	0,5	0,6	1,1
Hemorragia cerebral	1,3	2,2	2,4	0,6	0,7	8,0
Arritmia cardiaca	1,5	2,2	2,2	1,5	2,2	2,2
Enfermedades neuropsiquiátricas						
Epilepsia	1,2	7,5	6,8	1,3	7,2	7,5
Periodo prenatal						
Aborto espontáneo				1,2	1,8	1,8
Bajo peso al nacimiento	1,0	1,4	1,4	1,0	1,4	1,4
Prematuridad	0,9	1,4	1,4	0,9	1,4	1,4
Retraso del crecimiento intrauterino	1,0	1,7	1,7	1,0	1,7	1,7

Fuente: Anderson & Baumberg, 2006(21)

1.6.2. Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol

En Europa, el consumo de alcohol es la tercera causa de muerte prematura, después del tabaquismo y la hipertensión arterial, por delante de la hipercolesterolemia y el sobrepeso(10).

Según el Informe de la OMS sobre Alcohol y Salud 2014(1) se estima que alrededor de 3,3 millones de muertes en 2012 en el mundo fueron causadas por el consumo de alcohol. Esto corresponde al 5,9% de todas las muertes, o una de cada veinte. Por sexos, el porcentaje de

hombres que mueren por causas relacionadas con el alcohol es de 7,6%, y de 4% en las mujeres, aunque hay evidencia de que las mujeres pueden ser más vulnerables a los efectos nocivos del alcohol en comparación con los hombres.

La mayoría de estas muertes fueron por enfermedades cardiovasculares, lesiones (especialmente lesiones no intencionales), enfermedades gastrointestinales principalmente cirrosis hepática y cánceres. El aumento del número total y de la distribución respecto a lo estimado en 2011 se debe a las nuevas evidencias sobre el papel del alcohol en la mortalidad que aporta la Federación de Rusia(22) y la inclusión de las enfermedades infecciosas, tras la evidencia de la relación causal entre el consumo de alcohol y la incidencia y enfermedades infecciosas como la tuberculosis y la neumonía.

Existe una amplia variación geográfica en la proporción de muertes atribuibles al alcohol en relación con todas las muertes, siendo la más alta en Europa con un 13,3% donde se observa mayor consumo de alcohol y las más bajas en las Regiones de África con el 3,3% probablemente debido a una alta mortalidad prematura y del Mediterráneo Oriental, 0,9% en este caso debido a altas tasas de abstinencia(1).

En España, en el año 2005 el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas de la Universidad de Valladolid(23), realizó un estudio de la mortalidad atribuible al consumo de alcohol en España, así como de la mortalidad prematura, para el período 1999-2004 encontrando que el número de muertes relacionadas con el consumo de alcohol en el 2004 fue de 8391, lo que supone un 2,3% del total de muertes totales en ese año y una tasa de 19,4 fallecidos por 100.000 habitantes. El número de defunciones fue mayor en la población masculina, con una razón hombre/mujer de 3 a 1. Esta proporción atribuible es inferior a las estimadas en otros estudios previamente, realizados en España, lo que puede deberse a la incorporación de la nueva metodología de análisis y al descenso gradual de las muertes atribuibles.

Las causas crónicas representan aproximadamente el 60% y las causas agudas el 40%. En ambos casos la relación hombre/mujer es aproximadamente de 3 a 1. Las enfermedades del sistema digestivo fueron las que contribuyeron con un mayor número de fallecimientos 39-40%, seguido de los accidentes no intencionales 28-29%. Los accidentes intencionales supusieron la tercera causa más importante de mortalidad durante los seis años del estudio oscilando entre un 10,37% de 1999 y el 12,86% en 2004. En cuarto lugar, la mortalidad por enfermedades del sistema cardiovascular supuso en esos seis años el 9-11% de todas las muertes.

La media de años de vida potencialmente perdidos en el 2004 fue de 22,6, con una tendencia ligeramente descendente desde 1999. A diferencia de la mortalidad general, el impacto de las causas agudas sobre este indicador es sensiblemente mayor, contribuyendo con el 68% de toda la mortalidad prematura.

En 2011, según el estudio realizado por Pulido et al (24), se produjeron en España 23.403 muertes directamente relacionadas (MDRA) o muertes en que el alcohol pudo ser una causa contribuyente, con una razón hombre/mujer de las tasas estandarizadas por edad de 3,6. De ellas 4.757 se debieron a hepatopatía crónica (72,5% en varones) y 1.807 fueron MDAA (aquellas con una fracción atribuible poblacional –FAP– al alcohol del 100%). En este año 2011 el 10% de la mortalidad total de la población de 15 a 64 años pudo ser atribuible al alcohol, la mayor parte debida al consumo excesivo regular. La probabilidad de muerte o daños relacionados con alcohol es mucho mayor en hombres que en mujeres. Puede estimarse que en 2011 por cada mujer fallecida como consecuencia del alcohol fallecieron 3 o 4 hombres, y esta situación no parece haber cambiado en los últimos 30 años.

Se aprecia un descenso claro de la tasa de muertes y lesiones accidentales relacionadas con alcohol. Entre 1990 y 2011 la tasa de muertes relacionadas por consumo alcohol estandarizada por edad se redujo a la mitad tanto en hombres como en mujeres, mientras que la tasa de muertes directamente atribuibles al consumo de alcohol se mantuvo relativamente estabilizada.

1.6.3. Los efectos del alcohol en terceras personas

El consumo de alcohol incrementa el riesgo de provocar una amplia variedad de problemas sociales dependiendo de la dosis y no hay evidencias de un efecto umbral. A mayor cantidad de alcohol que una persona consuma, mayor es el riesgo. Los daños ocasionados por el consumo de alcohol a otras personas van desde causar molestias sociales menores, como no poder dormir por alborotos de bebedores, a consecuencias más graves como violencia doméstica, abuso de menores, delitos y homicidios. En general, cuanto más grave haya sido el delito o el daño provocado, más probable es que el alcohol esté implicado. Causar daños a terceros es una razón poderosa para intervenir en los casos de consumo de alcohol perjudicial o de riesgo(25).

En la tabla 6 se exponen los daños causados por el alcohol a terceras personas(26).

Tabla 6. Daños causados por el alcohol a terceras personas.

Condición	Resumen de resultados
Consecuencias negativas sociales	Los daños sociales ocasionados por el alcohol consumido por otras personas son más comunes por sus consecuencias menos serias (por ejemplo, no poder dormir por la noche por escándalos de borrados), que por las más series (por ejemplo, sentir miedo por la presencia de personas alcoholizadas en áreas públicas. La incidencia de daños causados por el alcohol a terceros es mayor que las consecuencias sociales para el bebedor
Violencia y delincuencia	Existe una relación entre el consumo de alcohol y el riesgo de participar en hechos violentos (incluyendo homicidios), más frecuentemente a causa de intoxicaciones que por consumo en general. También existe relación entre consumo excesivo, violencia sexual (en particular contra extraños) y violencia doméstica (aunque esta se ve atenuada si se toman en cuenta otros factores). En general, cuanto mayor es el consumo, mayor es el grado de violencia.
Daños maritales	Más allá de la estrecha relación entre consumo excesivo y crisis maritales, algunos estudios bien diseñados han demostrado que el riesgo de separación o divorcio se incrementa entre bebedores
Abuso de menores	Aunque la metodología utilizada no ha sido siempre la mejor, un gran número de estudios informa que diversas formas de abuso de menores prevalecen más entre hijos de bebedores
Daños laborales	El consumo elevado de alcohol tiene como resultado una baja en la productividad y un aumento de las lesiones a terceros
Beber y conducir	El riesgo de accidentes y lesiones a terceros se incrementa con el número de episodios de consumo excesivo
Efectos sobre el desarrollo prenatal	El alcohol presenta toxicidad reproductiva. La exposición prenatal al alcohol puede estar directamente asociada con un patrón distinto de déficit intelectual que se manifestará más tarde, durante la niñez. Aunque en pequeñas cantidades, el beber varias bebidas a la vez durante el embarazo puede aumentar el riesgo de aborto espontáneo, bajo peso del recién nacido, nacimiento prematuro o retraso en el crecimiento intrauterino. Puede disminuir la producción de leche materna

El alcohol no sólo perjudica a quien lo consume, sino también a los que le rodean, incluyendo a los niños nonatos, niños, miembros de la familia y a las víctimas de crímenes, violencia y accidentes de tráfico debidos al alcohol. Por ello, se está comenzando a utilizar el término de "bebedor pasivo", concepto que se refiere al daño que pueden sufrir personas por el consumo de alcohol de otros; hace referencia a las víctimas de lesiones, tanto no intencionales (accidentes de tráfico), como intencionales (víctimas de la violencia); también nos referimos a los niños que nacen con el síndrome alcohólico fetal (SAF).

El SAF está relacionado con el consumo de alcohol en el embarazo, y se caracteriza por un retraso en el desarrollo físico y mental del niño y por alteraciones craneoencefálicas y articulares. Actualmente se sabe que: 1) el alcohol es un teratógeno que puede tener efectos devastadores en el desarrollo del embrión y el feto; 2) los efectos después de la exposición al alcohol gestacional son más amplios que los que se describen como SAF; 3) los efectos más profundos de la exposición al alcohol gestacional son los cognitivos y de comportamiento y de desarrollo cerebral, y 4) las consecuencias de la exposición prenatal al alcohol representan un serio problema de salud pública(27).

El trastorno relacionado con el alcohol es una variante del SAF en la que los niños presentan las alteraciones emocionales y conductuales pero no las somáticas, por lo que su diagnóstico es más difícil. Éste es un problema a tener en cuenta en familias que adoptan niños de Europa Oriental, países con unos niveles elevados de consumo.

El consumo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo de maltrato y descuido de los menores por los padres o personas a su cargo, de violencia juvenil, de violencia hacia personas mayores, de violencia sexual y de violencia de pareja. Hay evidencias que respaldan que el consumo de alcohol afecta directamente a las funciones cognitivas y físicas y reduce el autocontrol; puede agravar las dificultades económicas, los problemas del cuidado de los hijos, la infidelidad y otros estresores familiares, generando tensión y conflictos conyugales e incrementar el riesgo de que se den actos violentos entre los miembros de la pareja. Por otro lado, ser víctima de la violencia en una relación puede conducir a beber alcohol como método de afrontamiento(23).

En España, los Informes de Siniestralidad Vial de la Dirección General de Tráfico proporcionan datos anuales sobre los accidentes de tráfico mortales relacionados con el alcohol. En el año 2015(28) se produjeron 900 muertes por accidente de tráfico repartidos entre conductores (638), peatones (179), y acompañante(78). El 43,1% (275 casos) de los conductores fallecidos presentaron alguna sustancia psicoactiva, siendo de ellos el 91,6% hombres. El alcohol (>0,3

g/litro) aparece en el 28,8% de todos los conductores fallecidos, drogas de comercio ilegal en el 13,6% y psicofármacos en el 11,4%. Además señala que la evolución, en porcentaje, respecto al total de conductores analizados cada año, indica un repunte de la proporción de conductores fallecidos en accidente con presencia de sustancias psicoactivas, especialmente del alcohol, que había descendido en los tres años anteriores.

1.6.4. ¿Puede esperarse algún efecto positivo derivado del consumo de alcohol?

Algunos estudios han señalado la relación inversa entre la ingesta de bajas cantidades de alcohol y la enfermedad isquémica del corazón. Esta relación se ha establecido en forma de «J», de tal forma que el menor riesgo de enfermedad isquémica del corazón (curva inferior de la J) se establecería entre las personas que tienen un consumo de pequeñas cantidades de alcohol, aumentando la morbimortalidad entre los abstemios y los consumidores de mayores cantidades de alcohol.

En un metaanálisis realizado por Corrao et al.(14)(29) que incluye estudios publicados entre 1966 y 1998, el riesgo relativo de enfermedad isquémica del corazón para consumo de alcohol de 20g/día fue de 0,80; para consumos 72 y 89 g/día del 1 y consumos superiores se asociaron a un efecto negativo sobre la enfermedad isquémica del corazón. Estos mismos autores estimaron en una publicación más reciente de esta revisión(14) la relación entre la dosis de alcohol y 15 enfermedades. Concluyeron que el riesgo de enfermedad hipertensiva aumenta de forma dosis-dependiente desde las dosis más bajas. En cuanto a otras enfermedades cardiovasculares, se observó un riesgo relativo de 0.81 para la enfermedad isquémica del corazón y de 0.90 para la isquemia cerebral, con dosis de 25 g/día. Con un consumo de 50 g/día de etanol, sólo se observaría un posible efecto beneficioso en relación a la enfermedad isquémica del corazón.

Un aspecto que es preciso clarificar es que el posible beneficio del consumo de alcohol se observa en relación a la enfermedad isquémica del corazón, pero no en relación a otros procesos como la enfermedad hipertensiva, altamente prevalente en la población, la miocardiopatía alcohólica, o la taquicardia supraventricular. Se ha descrito un posible beneficio del consumo de bajas cantidades de alcohol en relación a la isquemia cerebral, pero no en relación a otras patologías como la hemorragia cerebral o las varices esofágicas(12).

Consecuentemente, extender el posible beneficio del consumo de alcohol de la enfermedad isquémica del corazón al conjunto de enfermedades cardiacas, o de la enfermedad isquémica del corazón y la isquemia cerebral al conjunto de las enfermedades cardiovasculares, es

incorrecto. Con frecuencia se generalizan estos posibles beneficios al conjunto de enfermedades cardiacas o cardiovasculares y no debería hacerse(12).

Ya en 1988, Shaper et al(30) plantearon la hipótesis de que en la mayoría de los estudios prospectivos que evaluaban las asociaciones entre el consumo de alcohol y la cardiopatía coronaria, podrían haber incurrido en un error sistemático de clasificación errónea. Sugirieron que dicho error podría deberse al hecho de incluir en la categoría de abstemios a las personas que abandonaban o disminuían su consumo de alcohol lo que llevaba a obtener un menor riesgo de cardiopatía coronaria entre los bebedores. A medida que la gente envejece, enferma, o aumenta el uso de medicamentos, su consumo de alcohol disminuye, e incluso lo dejan por completo. Si estas personas se incluyen en la categoría de abstinentes, no sería la ausencia de alcohol la causante de un aumento del riesgo de cardiopatía coronaria, sino, más bien, su mala salud(31).

Varios metaanálisis posteriores(32)(33) han puesto a prueba la hipótesis de Shaper et al, sugiriendo que tras analizar en los estudios incluidos los posibles errores sistemáticos, y la calidad de los mismos, la protección cardiaca producida por el alcohol podría haber sido sobreestimada. Los resultados del metaanálisis sin ajuste, considerando como referencia la categoría de abstinentes, mostró la curva clásica en forma de J; los bebedores de bajo volumen (1.3-24.9 g/día) tenían menor riesgo de mortalidad (Riesgo Relativo (RR) = 0,86, IC del 95% 0,83, 0,90), y también los bebedores ocasionales (<1,3 g/día) presentaron un riesgo de mortalidad similar (RR = 0,84; IC del 95% [0,79; 0,89]). Después del ajuste, considerando como referencia los bebedores ocasionales (<1,5g/día) para controlar el sesgo de clasificación errónea, y teniendo en cuenta también las características del estudio relacionadas con la calidad, no observaron una reducción significativa en el riesgo de mortalidad para los bebedores de bajo volumen (RR = 0,97, IC del 95% [0,88, 1,07])(33).

En los últimos años se ha generado debate entre los epidemiólogos en relación a este papel protector del alcohol. Los defensores de la hipótesis protectora sugieren que estos metaanálisis (34) podrían tener un sesgo en la selección de los estudios incluidos, y recuerdan que hay resultados experimentales describen los mecanismos por los cuales el uso moderado de alcohol disminuye el riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular.

Shaper en 2011(31) plantea que esta cuestión es mucho más que un debate académico o un debate entre epidemiólogos. Planteando que si bien el consumo moderado de alcohol resulta placentero a un gran número de personas, es innegable que el consumo de alcohol en muchas

situaciones y en cantidades excesivas se asocia con problemas de salud y desorden social. Los partidarios de la hipótesis "protectora" deberían considerar que pueden estar equivocados, o al menos que las afirmaciones pueden ser exageradas por errores de metodología(32)(33).

Por último, señalar que la calidad de los estudios y distintos factores de confusión (consumo de tabaco, el consumo de drogas ilegales, tipo de dieta, etc.) deben tenerse en cuenta a la hora de interpretar los resultados y antes de hacer ninguna recomendación sobre las posibles ventajas del consumo de alcohol en la protección cardiovascular.

1.7. Métodos de cribado. Test AUDIT, AUDIT-C y CAGE. Utilidad de los marcadores bioquímicos

El consumo de riesgo se puede identificar preguntando directamente sobre el consumo o utilizando cuestionarios específicamente diseñados. También existen cuestionarios destinados al diagnóstico de la dependencia del alcohol.
En cuanto a la evaluación directa del consumo, existen dos métodos para registrar el consumo de alcohol referido por los pacientes: (1) las preguntas cantidad/frecuencia que piden al paciente que resuma las cantidades de alcohol consumidas y la frecuencia con la que lo beben durante un determinado periodo de tiempo (un día, una semana, un mes, etc.) o en términos de un patrón habitual o 'típico'; y (2) estimaciones retrospectivas de las cantidades bebidas en un periodo de tiempo reciente, generalmente la última semana. Los métodos de estimación diaria consumen más tiempo y recursos y exigen un mayor esfuerzo al paciente. Por regla general los resultados son más objetivos cuando se circunscribe la exploración a un periodo concreto (una semana, un día, etc.) que cuando se usan términos más genéricos (habitualmente, un día normal, etc).

Una revisión sistemática de 38 estudios apoya el uso de tests de cribado en atención primaria para detectar los problemas de alcohol en adultos (35-47 años)(35). Los instrumentos más aceptados y de mayor difusión para el diagnóstico de consumo de riesgo y perjudicial de alcohol y de dependencia alcohólica son el AUDIT, el AUDIT-C y el CAGE.

1.7.1. Desarrollo y validación del AUDIT(36) y el AUDIT-C(37)

El AUDIT es una prueba de cribado de alcohol desarrollada por la OMS para detectar el consumo de riesgo y la posible dependencia al alcohol. Incluye diez preguntas sobre consumo reciente, que cubren los tres dominios: consumo de riesgo, uso perjudicial y dependencia del alcohol (Anexo 1).

El AUDIT es fácil de calificar. Cada una de las preguntas es de opción múltiple y cada respuesta tiene una calificación que va de 0 a 4. Se suman todas las puntuaciones para obtener una puntuación total. El estudio original de esta prueba mostró una sensibilidad del 97% y una especificidad del 78% para el consumo de riesgo, con un punto de corte ≥ 8 (38). Se ha traducido y validado al castellano. El estudio de Contel Guillamón et all(39) en 1999 concluía que el AUDIT resultó ser un buen instrumento en la detección de consumos de riesgo y de Síndrome de dependencia al alcohol, con un punto de corte de 9 en hombres (Sensibilidd: 90%, Especificidad: 81%), no pudiendo establecer un punto de corte para las mujeres. Perula de Torres et al, en el año 2005(40) publicaron los resultados de un estudio que confirmaba las buenas propiedades psicométricas del AUDIT en términos de validez y fiabilidad para la detección de problemas por el consumo de alcohol en mujeres; la sensibilidad del test fue del 89,6% (IC del 95%, 76,11-96,02) y la especificidad del 95,07% (IC del 95%,92,18-96,97). El punto de corte propuesto en mujeres sería ≥ 6 puntos. El efecto de la edad no se ha estudiado sistemáticamente, pero podría tener menor sensibilidad y mayor especificidad en personas mayores(10).

El AUDIT-C,(37)(41) es un instrumento abreviado que ha tenido muy buenos resultados para identificar a los bebedores de riesgo en atención primaria, especialmente en varones. Consta de las 3 primeras preguntas del AUDIT, que valoran frecuencia y cantidad de consumo (Anexo 2). Un estudio de validación realizado en población española(42), comparó el AUDIT-C con el AUDIT en pacientes con diagnóstico de consumo de riesgo realizado por médicos de atención primaria encontrando que las correlaciones entre los resultados de ambos tests y el consumo alcohólico medido en UBE, fueron positivas y muy significativas. El AUDIT-C y el AUDIT mostraron sensibilidades y especificidades similares en la detección de bebedores de riesgo. Para los hombres el mejor punto de corte para la detección de consumo de riesgo fue 5 (sensibilidad: 92.4%; especificidad: 74.3%) y entre las mujeres fue 4 (sensibilidad:90.9%; especificidad 68.4%)

Por lo tanto las ventajas del AUDIT son su diseño para uso internacional, específicamente diseñado para atención primaria, que se centra en el consumo reciente de alcohol, que permite identificar el consumo de riesgo, perjudicial así como una posible dependencia, que es breve, rápido y flexible y que es consistente con las definiciones de la CIE-10. Su principal desventaja es que es demasiado largo para ser utilizado como instrumento rápido de identificación. Por ello, el AUDIT-C (las tres primeras preguntas del AUDIT, que interrogan acerca del consumo de alcohol), es la herramienta recomendada para su utilización en atención primaria. Permite detectar pacientes con consumo de riesgo, y posteriormente, para detectar o diagnosticar otros patrones de consumo se debe utilizar otros test como el AUDIT en versión completa o el CAGE.

Cuestionario CAGE

También se ha evaluado el cuestionario CAGE (Cut, Annayed, Guilty, Eye-opener) como herramienta de identificación para bebedores en riesgo o perjudiciales en atención primaria. El cuestionario CAGE fue originalmente desarrollado por Ewing y Rouse en 1968 para detectar bebedores rutinarios(43). En 1974, Mayfield publicó el primer estudio de validación y posteriormente su fiabilidad y validez ha sido bien documentada en diferentes ámbitos y poblaciones(44).

Permite detectar la dependencia al alcohol y existe una versión validada en castellano. Consta de 4 preguntas (Anexo 3), que pueden administrase solas o "camufladas" en el contexto de una entrevista más amplia, para evitar el posible rechazo. No distingue entre consumo actual y pasado.

Las 4 preguntas de este cuestionario tuvieron una sensibilidad de 84% y una especificidad de 95% cuando se utilizó un punto de corte ≥ 2 respuestas positivas para detectar bebedores de riesgo, definidos como aquellos que consumían 64g/día.

El valor predictivo depende de la prevalencia de alcoholismo en la población en la que se aplica. Por eso el cuestionario es especialmente útil en los ámbitos en los que la probabilidad de abuso es alta como sucede en los servicios de urgencias. Alrededor del 80% de los sujetos no alcohólicos tiene una respuesta negativa a las cuatro preguntas y ninguno responde de forma afirmativa a más de dos cuestiones.

Como limitación, señalar que es relativamente insensible para detectar consumos de alto riesgo en poblaciones como las mujeres, con más susceptibilidad para el daño hepático pero que no han desarrollado los estigmas sociales ni psicológicos que incluye el CAGE.

1.7.2. ¿Pueden utilizarse los marcadores bioquímicos como instrumentos de cribado?

Se ha relacionado la elevación de algunos parámetros analíticos con el consumo de alcohol como el ácido úrico, triglicéridos, gammaglutamiltranspeptidasa (GGT), glutámico-oxalacético transaminasa (GOT o AST), glutámico-pirúvico transaminasa (GPT o ALT), un cociente GOT/GPT >1, y volumen corpuscular medio (VCM).

El marcador biológico más sensible (33-52%) y específico (81-89%) para el consumo de riesgo en Atención Primaria sería la GGT, seguido del VCM y la GOT. La determinación conjunta de estos tres parámetros mejora el rendimiento, pero no sustituye a la exploración del consumo mediante entrevista(10).

Estos marcadores no deben ser utilizados para realizar el cribado del consumo de riesgo de alcohol, ya que no pueden detectar consumos de 40-60 g/día, ni consumos intensivos de alcohol, patrón que se produce fundamentalmente en jóvenes. Su principal utilidad es la monitorización de los cambios en el seguimiento. Sin embargo, los niveles elevados se deben muchas veces al alcohol y, puesto que estas pruebas se realizan rutinariamente como parte de una batería de pruebas bioquímicas más amplia, la presencia de un nivel elevado debería indicar al médico un posible diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia del alcohol(26).

Ninguna prueba de laboratorio es lo suficientemente confiable como para apoyar un diagnóstico de consumo de riesgo de alcohol. Las sensibilidades y especificidades varían considerablemente y dependen de la población estudiada(45).

1.8. Recomendaciones para abordar el consumo de riesgo de alcohol en Atención Primaria. Intervención Breve. Evidencias de su efectividad

Múltiples estudios demuestran que determinados cambios en el estilo de vida son eficaces para mejorar la salud de las personas y disminuir la carga de enfermedad(46). Aunque el grado de eficacia del consejo depende del tipo de cambio propuesto en el estilo de vida, las estrategias cognitivo‑conductuales han probado ser útiles en el abordaje de estos cambios. Las intervenciones más intensivas, y las de mayor duración, se asocian con mayor magnitud del beneficio y más cambios mantenidos en las conductas saludables. Muchas intervenciones e investigaciones sobre el cambio de conductas se basan en el modelo de los estadios del cambio(47). Según él, cambiar una conducta es un proceso durante el cual las personas se mueven a través de una serie de etapas o estadios (tabla 7). Las intervenciones basadas en los estadios del cambio proponen actuaciones diferentes según el estadio en el que se encuentra

la persona y resultan más complejas de aplicar para los profesionales. Este modelo tiene limitaciones para abordar comportamientos complejos (actividad física o conducta alimentaria) o para intervenir sobre más de una conducta al mismo tiempo, y la evidencia sobre su efectividad en AP es incierta. La entrevista motivacional se recomienda como un marco de trabajo y no como una técnica a aplicar en todos los individuos. La mayoría de las recomendaciones internacionales proponen que las intervenciones de consejo y asesoramiento se basen en el modelo de las 5 aes de la U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) (tabla 8).

Tabla 7. Estadios del proceso de cambio de una conducta.

Precontemplación	No se ha planteado seriamente la idea del cambio
Contemplación	Hay un planteamiento serie de cambio en los próximos meses
Preparación	Es capaz de fijar una fecha y pensar un plan para cambiar
Acción	Se inicia el cambio y se mantine la conducta por un tiempo
Mantenimiento	La persona mantiene la nueva conduca durante más de 6 meses
Recaida	La persona recae de forma permanente en la conducta anterior En muchas ocasiones, las personas intentan varias veces el cambio de conducta, recayendo y volviendo a intentarlo, antes de cambiar definitivamente

Tabla 8. Modelo de las 5 aes para las intervenciones de asesoramiento.

Assess-averiguar	Preguntar sobre los factores y las conductas de riesgo, así como acerca de los aspectos que afectan a la elección o el cambio de la conducta
Advise-aconsejar	Dar consejos claros, específicos y personalizados, e incluir información sobre los riesgo/beneficios personales
Agree-acordar	Pactar colaborativamente los objetivos y los métodos más apropiados, basados en los intereses y en la capacidad para el cambio de la persona
Assist-ayudar	Usar técnicas de modificación de la conducta (autoayuda o asesoramiento) para ayudar a las personas a conseguir los objetivos pactados adquiriendo las habilidades, la confianza y el apoyo social/ambiental que favorece el cambio, junto con los tratamientos farmacológicos cuando sean adecuados
Arrange-asegurar	Fijar (asegurar) visitas de seguimiento (en el centro o telefónicas) para ayudar/apoyar y para ajustar el plan terapéutico cuando se necesite, incluida la derivación a unidades especializadas cuando sea necesario

No hay una definición única de lo que es una intervención breve(12). De hecho es un concepto paraguas que engloba un rango de actividades terapéuticas diversas. De manera operativa, se podría definir como toda intervención limitada en el tiempo y de duración siempre inferior a un tratamiento, generalmente proactiva (no espera a que el individuo la busque) y a menudo oportunista, dirigida a pacientes con un consumo de alcohol perjudicial o de riesgo, con el objetivo de movilizar sus recursos personales para un cambio de conducta que conviene a su salud. Se dirige a personas que no buscan ayuda de profesionales especializados y se realizan de forma oportunista en atención primaria o en otros contextos no especializados. Este tipo de intervenciones son realizadas por médicos o por otros profesionales sanitarios como enfermeras o trabajadores sociales. Se pueden distinguir a su vez dos subtipos:

- Las simples: consejo estructurado de unos pocos minutos de duración. A veces se denomina intervención mínima y otras veces se denomina consejo simple.

- Las complejas o extensivas: terapias estructuradas que normalmente requieren inicialmente 20-30 minutos y más de una intervención en el tiempo. A veces se denomina terapia breve.

Dentro de la intervención breve Whitlock et al. propone distinguir tres niveles de intensidad(48):

1. Intervenciones muy breves: una única sesión de hasta 5 minutos de duración
2. Intervenciones breves: una única sesión de hasta 15 minutos
3. Intervenciones breves repetidas o multicontacto: una sesión inicial de hasta 15 minutos y visitas de seguimiento.

La OMS promovió en 1983 un Proyecto Internacional de Cooperación para la Identificación y el Control de los Problemas relacionados con el Alcohol en atención primaria, un programa de investigación que fue desarrollado en varias fases(49). En la Fase I de ese proyecto, con la participación de 6 países (Australia, Bulgaria, Kenia, Méjico, Noruega y Estados Unidos), se desarrolló el test AUDIT(38). La Fase II fue un ensayo clínico de múltiples centros en el que participaron diez países (Australia, Bulgaria, Costa Rica, Kenia, Méjico, Noruega, la entonces llamada Unión Soviética, Reino Unido, Estados Unidos y Zimbabwe) y se evaluó la efectividad de la intervención breve en el consumo de alcohol. En la fase III, llevada a cabo en catorce países del mundo (incluyendo los europeos siguientes: Bélgica, Bulgaria, Dinamarca, Francia, Hungria, Italia, Noruega, Polonia, Portugal, Federación Rusa y Reino Unido), se estudiaron las percepciones y las actitudes ante las intervenciones breves de los médicos de familia y se evaluaron estrategias para la difusión e implementación de la intervención breve por parte de los médicos de familia. Los resultados muestran que el marketing vía teléfono es el medio más rentable de difundir las intervenciones breves entre los médicos de familia, y que la formación unida a un apoyo telefónico continuado aumenta el porcentaje de su puesta en práctica(2). Estos estudios, sin embargo, se realizaron en unas condiciones de estrecho control y muchos de los resultados obtenidos no se prolongaron más allá de la duración del estudio. Por ese motivo, se llevó a cabo la fase IV, que incluye centros de investigación en Flandes, Bulgaria, Cataluña, Dinamarca, Inglaterra, Francia, Finlandia, Hungría, Italia, Letonia, Portugal, Federación Rusa, Eslovenia y Suiza. El objetivo de esta fase es desarrollar y aplicar estrategias que permitan una aplicación generalizada, habitual y duradera de la identificación temprana y de las intervenciones breves en los sistemas de atención primaria de los países que participan en el proyecto(50).

En el ámbito de la atención primaria se ha demostrado que las intervenciones breves son eficaces en el abordaje del consumo de riesgo de alcohol promoviendo reducciones significativas y duraderas de los niveles de consumo de alcohol(51),(52),(53),(48),(54),(55),(56). Su efectividad y el coste-efectividad de las intervenciones breves han sido probados por numerosos estudios, tanto nacionales como internacionales. Bertholet et al(54) en una revisión sistemática y metanálisis sobre el tema, concluyen que las intervenciones breves son efectivas, tanto para hombres como mujeres para reducir el consumo de alcohol a los 6 y 12 meses, incluso en períodos superiores.

También pueden jugar un papel esencial para lograr que personas con dependencia al alcohol, inicien tratamiento, incluso para pacientes que no aceptan una derivación, las visitas continuas al profesional de atención primaria, centradas en la dependencia del alcohol, pueden conducir a una mejora significativa(57).

En España hay varios ensayos controladas que apoyan la eficacia y efectividad de estas intervenciones en Atención Primaria(58)(59)(60).

Una revisión sistemática Cochrane(55) señala que, en general las intervenciones breves disminuyen el consumo de alcohol. Cuando aportaban datos por sexo, el efecto fue claro en los hombres al año de seguimiento, no así en las mujeres. Una duración más larga del asesoramiento probablemente tiene poco efecto adicional. En su conclusiones de aplicación para la investigación señalan que los ensayos futuros se deben concentrar en las mujeres y definir los componentes más efectivos de las intervenciones.

Un metanálisis que incluye 5 ECA en población españolas realizados en atención primaria(61) apoya la eficacia de la Intervención breve sobre hombres con consumo de riesgo, aunque su efecto sea sólo moderado, encontrándose una disminución en el consumo semanal de alcohol de aproximadamente 100 gramos. Aunque su eficacia sea moderada, su impacto en la población cuando se realiza desde la atención primaria puede ser considerable.

Además de ser de efectividad demostrada, se encuentra entre las intervenciones médicas más baratas que conducen a una mejora en la salud(62). Se ha estimado que habría que intervenir sobre 10 pacientes con consumo de riesgo o nocivo para conseguir 1 éxito (reducir consumo a niveles moderados) (NNT: 10; IC95% 7-17)(53).

La Organización Mundial de la Salud estima que la intervención breve desde Atención Primaria sobre el consumo de alcohol, evita enfermedades y muertes prematuras siendo la intervención sanitaria más coste efectiva, sólo por detrás de la intervención sobre el consumo de tabaco (63). En relación con el proveedor de la intervención breve, además del médico, cada vez hay más evidencia del papel relevante de la enfermería en la identificación de bebedores de riesgo

y en la intervención breve(64)Por regla general, se recomienda que todo el equipo de atención primaria se implique en los programas de intervención breve y que en cada equipo se definan las responsabilidades que asumen los distintos profesionales.

Desde 2004, "the U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)"(65) incluye entre sus recomendaciones la realización de cribado e intervención breve en adultos. Dentro del Programa de Atención de Salud Efectiva de la Agencia de Investigación y Calidad de la Salud (AHRQ) de EEUU, con el fin de aportar información a USPSTF para actualizar estas recomendaciones de 2005,, Jonas et al (66) realizaron en 2012 una revisión sistemática que incluyó 23 estudios, la mayoría sobre no dependientes. Los resultados mostraron que la intervención en adultos disminuye el consumo (diferencia de medias= 3.6 bebidas/semana; IC95%=2.4 - 4.8) y los episodios de consumo intensivo (RR=0,12; IC95%= 0.07 - 0.16).

Las recomendaciones USPSFT actualizadas en 2013(67) son las siguientes:

- Cribado sobre alcohol a los adultos mayores de 18 años e intervenir sobre los identificados con consumo de riesgo o peligroso, a través de intervenciones breves de orientación conductual para reducir el uso indebido del alcohol. (Recomendación de grado B)
- La evidencia actual es insuficiente para evaluar el balance de los beneficios y los daños de la detección y las intervenciones de orientación conductual en los entornos de atención primaria para reducir el uso indebido de alcohol en los adolescentes. (Recomendación grado I: falta evidencia, de mala calidad, o conflictiva)

En España, la **Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS**(68) y el **Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS**)(46) incluyen como recomendaciones el cribado como mínimo cada 2 años en toda persona de más de 14 años sin límite superior de edad, la intervención breve para los consumidores de riesgo basada en el modelo de las 5Aes y la derivación para los dependientes.

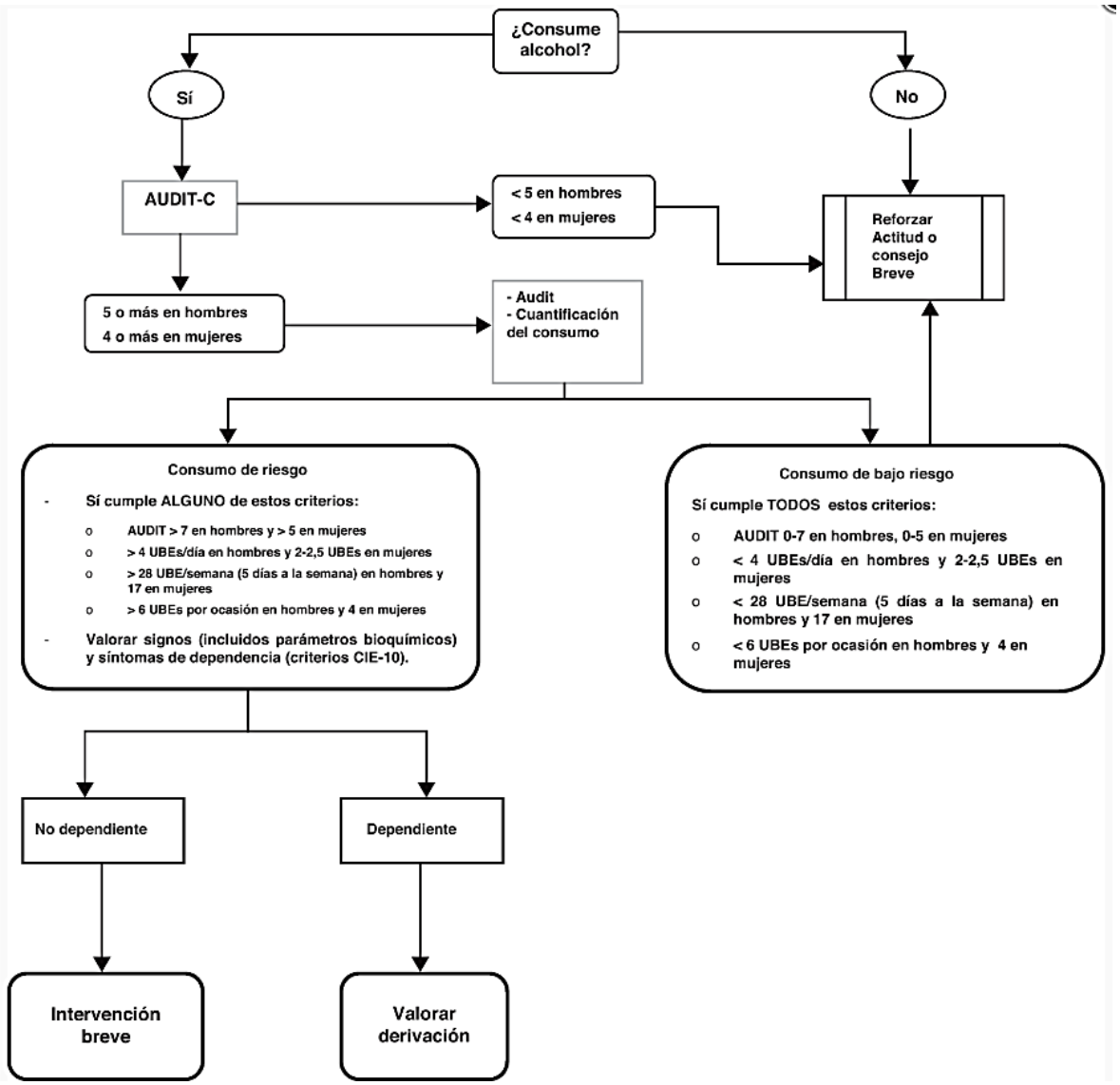
La identificación precoz de los consumidores de riesgo mediante el cribado sistemático, es la piedra angular de las intervenciones preventivas en alcohol desde el ámbito sanitario.

Hay muchos factores que contribuyen al desarrollo de problemas relacionados con el alcohol. La ignorancia de los límites del consumo y de los riesgos asociados con el consumo de riesgo o las influencias sociales y ambientales, son factores importantes. Por ello, con la realización de un cribado y con la asistencia y el esfuerzo adecuado, se podría conseguir que las personas que no son dependientes de alcohol, paren o reduzcan su consumo. Una vez que se ha desarrollado la dependencia, el abandono del consumo de alcohol es más difícil y a menudo

requiere tratamiento especializado. Aunque no todos los bebedores de riesgo llegan a ser dependientes, nadie desarrolla una dependencia sin haber mantenido durante algún tiempo un consumo de riesgo de alcohol.

Proponen un algoritmo de actuación para realizar el cribado y la intervención breve de una manera sistemática, sencilla y unificada desde atención primaria (figura 2), de modo que se facilite la integración del abordaje del consumo de alcohol en la práctica asistencial rutinaria.

Figuras 2. Algoritmo de actuación en Atención Primaria.



Fuente: Área de Prevención. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011.

Señalar también que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad puso en marcha un programa formativo, "**Mójate con el alcohol**", que tiene como objetivo abordar el consumo de riesgo desde la atención primaria. Ha sido realizado en colaboración con la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y pretende servir de herramienta a los médicos de familia, facilitando la integración en su práctica diaria, de la detección del consumo de riesgo y nocivo de alcohol y la intervención breve sobre el mismo.

1.9. Estrategias para la implementación de recomendaciones en la práctica clínica.

Existe consenso generalizado sobre la necesidad de incorporar medidas para la prevención del consumo excesivo de alcohol en la práctica de los médicos de atención primaria(26)(46).
Sin embargo, la existencia de recomendaciones no es suficiente para promover cambios en la práctica clínica(69). Además, es necesaria una estrategia planificada de difusión e implementación(70). Varios estudios han demostrado que el cumplimiento de los médicos de atención primaria con estas recomendaciones es bajo, sólo el 34% de los médicos hacen una prueba de detección para el consumo excesivo de alcohol durante las visitas anuales de sus pacientes(71) y menos de la mitad de los pacientes con consumo excesivo de alcohol son identificados(72),(73). Hay, por tanto, gran margen de mejora en la prevención del consumo excesivo de alcohol en el ámbito de la atención primaria(72),(73),(74).

En el marco de un Sistema de Vigilancia del Factor de Riesgo de Comportamiento (BRFSS) mediante encuesta telefónica, que realizan los CDC en Columbia, en 2011 se incluyó una pregunta sobre la comunicación del paciente con el profesional de la salud sobre el alcohol(75). Los resultados mostraron que sólo uno de cada seis adultos estadounidenses, uno de cada cinco bebedores actuales y uno de cada cuatro consumidores intensivos informaron haber discutido sobre el uso de alcohol con un médico u otro profesional de la salud. Además, el 65,1% de los que informaron de un consumo excesivo de alcohol (≥10 veces en el último mes) nunca había sido interrogado. En 2014(66) se repitió este estudio, observándose que sólo uno de cada tres consumidores intensivos fue preguntado sobre el consumo de alcohol y aconsejado acerca de los niveles de consumo de riesgo o perjudicial. Además, sólo uno de cada seis consumidores intensivos fue preguntado sobre el consumo de alcohol y aconsejado por un profesional de la salud para reducir su consumo de alcohol. Debido a las diferencias en las metodologías entre ambos estudios, incluyendo las preguntas específicas sobre cribado e intervención breve, las poblaciones evaluadas y los plazos de referencia para la interacción con

el profesional de la salud (de por vida o nunca en comparación con los últimos 2 años) los resultados no son directamente comparables. Sin embargo, ambos informes indican que los aspectos críticos del cribado y la intervención breve no están ocurriendo rutinariamente. Podría ser que los profesionales de la salud estén preguntando sobre el uso del alcohol en un formulario, registrando esta información pero no estén hablando realmente con sus pacientes acerca de su consumo. Una conversación entre el paciente y el proveedor es tradicionalmente un componente del cribado e intervención breve. Mientras que la mayoría de los adultos informaron que se les preguntó acerca del uso de alcohol durante un chequeo, sólo uno de cada tres informó que se les preguntó sobre el consumo intensivo, a pesar de que se recomienda esta actuación.

Es importante tener en cuenta que los procesos de implementación no son estáticos ni rígidos. La importancia del contexto, de las características específicas de la población diana usuaria de la recomendaciones, de las diferentes barreras y facilitadores que condicionan su utilización, y la consideración de los recursos disponibles a la hora de diseñar estrategias que faciliten su puesta en práctica hacen imprescindible entender los procesos de implementación como procesos dinámicos(76).

Para diseñar un plan de implementación es necesario **evaluar el contexto de la organización** (medio en el que se va a implementar)(76). Esto incluye la identificación de las características del entorno en el que se va a realizar la implementación, los profesionales implicados, el examen de la práctica clínica habitual contrastada con las recomendaciones y el conocimiento de los sistemas de información. En este proceso deben participar los profesionales implicados.

El siguiente paso es **conocer los distintos tipos de barreras**, lo que permitirá orientar hacia la selección de las intervenciones más adecuadas en el proceso de implementación.

En relación a las estrategias a utilizar para la implementación, el Grupo Cochrane de Prácticas Efectivas y Organización de Cuidado (EPOC) hace una propuesta de clasificación cuatro tipos(77):

1) intervenciones dirigidas a profesionales (tales como distribución de materiales didácticos, reuniones educativas, procesos de consenso local, visitas de divulgación educativa, líderes de opinión locales, intervenciones mediadas por el paciente, auditoría y retroalimentación, recordatorios, marketing o intervenciones de los medios de comunicación);

2) intervenciones financieras (tales como pago por servicio o pago anticipado);

3) intervenciones organizacionales (como la creación de equipos multidisciplinarios);

4) intervenciones regulatorias (cualquier intervención que intente cambiar la prestación de servicios de salud o los costos por la regulación o la ley)

No hay una estrategia de implementación que vaya a funcionar en todos los casos, sino que la utilidad de cada una de ellas vendrá dada por la interacción de diversos factores, como son el tipo de cambio que se pretende conseguir, el lugar donde se quiere implementar y las barreras y facilitadores identificados(76)(77).

La efectividad de las estrategias de implementación dirigidas a los profesionales sanitarios ha sido evaluada en múltiples estudios. El grupo EPOC ha identificado más de 5.000 estudios aleatorizados y cuasi experimentales y ha llevado a cabo 38 revisiones sistemáticas sobre intervenciones profesionales, organizacionales y regulatorias. En el año 2004, Grimshaw et al(78) publicaron una revisión sistemática que incluía los estudios realizados desde 1966 a 1998 en la que evaluaron la efectividad y coste de distintas estrategias de diseminación-implementación de guías de práctica clínica sobre profesionales y pacientes, analizando el impacto de distintas estrategias. Para ello revisan las bases de datos MEDLINE, Healthstar, EMBASE, SIGLE, y Cochrane hasta 1998, incluyendo 235 estudios y 309 comparaciones. Los efectos observados fueron muy heterogéneos y poco consistentes. En términos generales, se observaron mejoras de proceso con intervenciones como sistemas de apoyo y recordatorios electrónicos o mediante intervenciones de otros profesionales (enfermería, farmacia). Se observaron mejoras en los resultados de los pacientes con estrategias que incluían equipos multidisciplinares de atención al paciente o con sistemas electrónicos de apoyo a la toma de decisiones. En sus conclusiones destacan que hay escasa evidencia sobre qué estrategias de diseminación-implementación pueden ser más efectivas. Entre las implicaciones para la investigación junto al desarrollo y validación de modelos teóricos de cambios de comportamiento indican que se necesitaría estimar la eficiencia de las estrategias de diseminación- implementación en presencia de distintas barreras y factores o características que puedan modificar la efectividad
A continuación, se resumen algunas de las conclusiones más relevantes de estos(78)(79)(76):
La efectividad es muy variable en los diferentes estudios. El efecto de las diversas estrategias es habitualmente moderado; se consiguen mejoras en la práctica clínica en torno a un 10%. Dichas mejoras, aunque puedan considerarse escasas, están en el rango habitual de mejoría que puede producir cualquier medicamento, y por ello se piensa que en general —aunque siempre teniendo en cuenta los costes— merecerán la pena acometerse(76)

En algunos estudios los resultados fueron negativos, lo que implica que el grupo intervenido incluso empeoró en la adherencia a las recomendaciones.

Las intervenciones basadas en recordatorios (por escrito o en soporte informático) han presentado un buen nivel de efectividad y pueden ser una opción a considerar para conseguir mejoras de la práctica clínica y mantenerla, aunque requieren de una considerable infraestructura y medios (mediana de efectos: +14,1%, rango: –1% a +34%).

Las sesiones de formación interactivas son habitualmente efectivas si van dirigidas a actitudes y habilidades a nivel grupal, además de conocimientos (mejoras entre 11-20%). En cambio, las sesiones de tipo didáctico o pasivo, como conferencias magistrales son habitualmente inefectivas(78)

Estrategias poco sofisticadas como la difusión de materiales educativos son algo menos efectivas (mediana de efectos para resultados cualitativos comparados con ninguna intervención: 0,02%; rango de 0% a +0,11%. Para los resultados cuantitativos: 0,13 rango de -0,16 a +0,36)(80).

La auditoría y la retroalimentación generalmente conducen a mejoras pequeñas pero potencialmente importantes en la práctica profesional. La eficacia de la auditoría y de la retroalimentación parece depender del desempeño inicial, de cómo se proporciona la retroalimentación y cuando los destinatarios no son médicos. La mediana del efecto en una revisión de 2002 con 51 comparaciones fue de 5.7% (RIC=1.65–10.85), en 2006 después de 86 comparaciones fue de 3.5% (RIC=0.65–9.00), y en 2014 después de 98 comparaciones fue de 4.4% (RIC= 1.04–10.90)(81).

Las intervenciones configuradas a medida para superar las barreras identificadas presentan mejoras en asistencia y resultados en pacientes, aunque los estudios no describen adecuadamente los métodos usados para identificar estas barreras y presentan demasiada heterogeneidad para ser concluyentes(82)(83)

Los programas de visitas educativas in situ (educational outreach o academic detailing) han presentado generalmente resultados positivos en los estudios publicados, especialmente para la mejora de la prescripción (mediana de efecto: 5,6%, rango: -3,0% a +64,0)(84). Requieren de bastantes recursos y resultan menos efectivos para procesos más complejos. Algo similar ocurre con los programas que usan líderes locales de opinión.

Las estrategias múltiples con varias intervenciones simultáneas no han mostrado ser necesariamente mejores que las simples. Sin embargo pueden ser recomendables tras un análisis detallado de barreras y una base teórica coherente que indique la necesidad de varias intervenciones, preferiblemente sinérgicas(78).

2. JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN

El consumo de alcohol representa un problema de salud pública que tiene un fuerte impacto en la salud física y psicológica de las personas que lo consumen y de su entorno. La mayoría de las personas que tienen un consumo de riesgo se pueden identificar en el contexto de la atención primaria. La intervención breve en atención primaria ha demostrado su efectividad para disminuir el consumo de riesgo, estando considerada por la OMS como una de las intervenciones sanitarias más costo efectiva evitando enfermedades y muertes prematuras. Por este motivo las diferentes organizaciones que elaboran recomendaciones de intervenciones en estilos de vida incorporan la recomendación de cribado oportunista e intervención breve para consumidores de riesgo en atención primaria.

Existe evidencia de que el cumplimiento de estas recomendaciones es bajo. La existencia de recomendaciones no es suficiente para promover cambios en la práctica clínica.
En los últimos años se han publicado ensayos clínicos y revisiones sistemáticas sobre la efectividad de las estrategias dirigidas a los profesionales que favorecen la implementación en atención primaria de las recomendaciones para la prevención del consumo de riesgo(2)(85)(86)(87). Estas estrategias pueden ser eficaces y podrían tener un gran impacto en la población dado el gran número de pacientes atentidos en atención primaria. Ninguna de estas revisiones se centró específicamente en estrategias dirigidas a los profesionales de la salud en atención primaria, ni contemplan la actualización metodológica propuesta por Cochrane que incluye entre sus modificaciones el usó de la herramienta de evaluación del riesgo de sesgo.

Identificar cuáles son las estrategias más efectivas para implementar las recomendaciones para prevenir el consumo de riesgo en los pacientes dirigidas a los profesionales de atención primaria aportará una herramientas para abordar este importante problema de salud en el primer nivel de atención.

3. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS

Existen estrategias dirigidas a los profesionales de atención primaria que mejoran la implementación de las recomendaciones sobre la prevención del consumo de riesgo de alcohol en la población atendida en entornos de atención primaria. Esta efectividad varía según el tipo de estrategia.

4. OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar la efectividad de las estrategias dirigidas a los profesionales de la atención primaria para implementar las recomendaciones sobre la prevención del consumo de riesgo de alcohol en pacientes atendidos en entornos de atención primaria.

Objetivos específicos

1. Evaluar la efectividad de las estrategias dirigidas a los profesionales de la atención primaria para implementar las recomendaciones sobre la prevención del consumo de riesgo en pacientes atendidos en entornos de atención primaria para disminuir el consumo de alcohol de los pacientes.
2. Evaluar la efectividad de las estrategias dirigidas a los profesionales de la atención primaria para implementar las recomendaciones sobre la prevención del consumo de riesgo en pacientes atendidos en entornos de atención primaria para mejorar el cumplimento de los profesionales con dichas recomendaciones.
3. Describir el grado de cumplimiento o de adecuación de la descripción de las intervenciones de los estudios incluidos a la propuesta “Template for Intervention Description and Replication” (TIDieR).

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 Diseño

Revisión Sistemática de ensayos clínicos randomizados.

Se ha seguido la metodología propuesta por la Colaboración Cochrane(88), así como las directrices para mejorar las publicaciones de las revisiones sistemáticas y metanálisis del acuerdo PRISMA(89).

5.2. Criterios de elegibilidad de los estudios

5.2.1. Tipo de estudios.

Se incluyeron ensayos controlados aleatorizados (ECA), con asignación individual o de conglomerados (ECA-cluster).

Se utilizaron tres criterios metodológicos para la inclusión de los ECA(90):

- Que realizaran una medición objetiva del desempeño del proveedor o de resultados en el paciente, en una situación clínica real (no en entorno de pruebas)
- Que hubiera datos relevantes e interpretables, presentados en la publicación u obtenibles.
- En los ECA-cluster, se seleccionaron aquellos que tenían al menos dos clúster en cada rama

No se utilizó restricción de idioma ni fecha.

5.2.2. Tipo de participantes

Se incluyeron estudios en los que la mayoría de los participantes (>50%) fueron profesionales sanitarios trabajando en Atención Primaria (incluyendo médicos, enfermeras, asistentes, psicólogos, trabajadores sociales, y personal administrativo).

Se consideró como definición operativa de Atención Primaria, el que fuera referenciada como nivel de atención en los servicios de salud y /o aquellos dispositivos que facilitaban atención sanitaria para problemas de salud generales con acceso a demanda, que no precisan de una derivación de atención especializada(55)

5.2.3 Tipo de intervenciones

Intervención: cualquier estrategia dirigida a profesionales de atención primaria para la implementación y/o diseminación de recomendaciones para pacientes con consumo de riesgo

o nocivo de alcohol atendidos en atención primaria. La combinación de dos o más estrategias también fue considerada como una intervención válida.

Se incluyeron tanto intervenciones dirigidas a implementar exclusivamente recomendaciones para pacientes con consumo de riesgo o consumo nocivo, como aquellas intervenciones para implementar recomendaciones de prevención y promoción de salud, que incluían varios factores de riesgo, entre ellos el consumo de alcohol.

Para la clasificación de las estrategias hemos utilizado la taxonomía propuesta por el grupo EPOC de la Colaboración Cochrane(90). Ver Anexo 4.

El grupo de comparación podía ser cualquiera de los siguientes: no intervención, práctica habitual, o cualquier otra estrategia para la implementación y/o difusión de recomendaciones sobre el consumo de alcohol de riesgo o nocivo, en pacientes atendidos en atención primaria.

Para esta revisión, consideramos una definición amplia para "recomendaciones o guías clínicas", por ejemplo: "declaraciones desarrolladas sistemáticamente para asistir a las decisiones de los profesionales sobre el cuidado de la salud apropiado para circunstancias clínicas específicas". No se requirió que el término "recomendación" fuera explícitamente mencionado en el estudio original.

Se consideró una definición amplia de consumo "de riesgo" o "nocivo". El consumo de alcohol de riesgo se definió como el consumo regular de alcohol que se asocia con un aumento del riesgo del daño. El consumo nocivo se definió como un patrón de consumo de alcohol que ya está causando daño a la salud. El daño podía ser físico (por ejemplo, episodios depresivos secundarios a beber) o mental. Las consecuencias podían afectar a la salud (física o mental) o pueden incluir consecuencias sociales para el bebedor u otros.

No se consideraron elegibles los estudios que se centraban exclusivamente en estrategias de diseminación o de implementación de recomendaciones sobre la dependencia del alcohol.

5.2.4. Tipo de medidas resultado

Se incluyeron ECAs que presentaban resultados de la práctica desarrollada por los profesionales (resultados de proceso) y/o resultados en los pacientes.

No consideramos estudios elegibles los ECAs que sólo medían satisfacción o conocimiento de profesionales, o estudios que usaban solamente datos agregados autodeclarados por los propios profesionales sobre su comportamiento.

A) Resultados de proceso: mediciones del cumplimento por parte de los profesionales de las recomendaciones sobre consumo de riesgo o nocivo de alcohol (por ejemplo, cribado, medición del consumo, consejo, seguimiento y derivación).

Estas medidas de proceso pueden ser presentadas como:

- variables dicotómicas (por ejemplo, porcentaje de pacientes en los que se siguen las recomendaciones, o porcentaje de pacientes en los que se evalúa el consumo de alcohol).
- variables continuas, como cualquier medición sobre cómo el proveedor desarrolla los cuidados (por ejemplo número de pacientes cribados).

Cuando fue posible, presentamos los resultados del proceso de atención como datos dicotómicos, siguiendo la recomendación de Grimshaw(78) ya que los datos dicotómicos se informan con mayor frecuencia en los estudios y que las variables cuantitativas continúas para estudiar este problema tienen mayor variabilidad.

En cuanto a la dirección de las mejoras en los resultados del proceso de atención, se normalizaron de manera que los aumentos siempre correspondieran a las mejoras.

B) Resultados del paciente: mediciones de la cantidad, frecuencia y/o intensidad de consumo de alcohol por parte del paciente.

Estas medidas de resultados pueden ser presentadas como:

- Datos dicotómicos:
  - proporción de participantes registrados como bebedor de riesgo (alguien que excede regularmente el límite recomendado para el consumo de alcohol). Se aceptó cualquier definición apoyada por los autores del estudio.
  - Proporción de participantes registrados como bebedor compulsivo (alguien que bebe mucho en un corto espacio de tiempo para emborracharse o sentir los efectos del alcohol). Se admitió cualquier definición apoyada por los autores del estudio.
- Variables continuas:
  - informes autoreferidos o de otro tipo sobre consumo propio: consumo promedio de alcohol por período de tiempo especificado (g/semana); frecuencia de consumo (número de sesiones de beber por semana); intensidad de la bebida, el número de bebidas por día de beber (g/día);
  - medidas fisiológicas del consumo de alcohol, por ejemplo, gamma-glutamiltransferasa sérica (GGT), o volumen corpuscular medio (MCV).

5.3. Estrategia de búsqueda.

La estrategia en OVID Medline (Anexo 5) fue diseñada por M. Fiander, coordinador de Búsqueda de Ensayos del grupo EPOC de la Colaboración Cochrane, en colaboración con los investigadores, y fue adaptada para las otras bases de datos utilizadas en esta revisión.

La estrategia de Medline se desarrolló probando una variedad de términos de búsqueda y combinaciones de conceptos. A partir de los resultados de las búsquedas de prueba se seleccionaron y marcaron citas relevantes o potencialmente relevantes. Estas citas se utilizaron para validar y finalizar la estrategia MEDLINE presentada en esta revisión.

La estrategia combina los conceptos de “alcoholismo/abuso de alcohol” con “atención primaria” y “recomendaciones”. Este enfoque integral respalda la definición amplia de "recomendaciones" proporcionada en Tipos de intervenciones (arriba) y también está de acuerdo con la metodología de búsqueda del Grupo EPOC que aboga por búsquedas de temas amplios debido a la dificultad de identificar lenguaje consistente en la literatura para intervenciones sobre profesionales.

Los resultados de la búsqueda se restringieron para identificar ECAs en MEDLINE, usando la Estrategia Cochrane de Búsqueda Altamente Sensible para identificar ensayos aleatorios en MEDLINE: versión de sensibilidad y maximización de precisión (revisión 2008); y los términos adicionales: estudio multicéntrico (tipo de publicación), “random$ or cluster” en título y abstrac.

Para los estudios primarios se utilizaron las bases de datos bibliográficas expuestas en la tabla 9

Las revisiones sistemáticas relacionadas se identificaron mediante la búsqueda en la Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas, en la Base de Datos de Resúmenes de Revisiones de Efectividad (DARE) y en las bases de datos que se enumeran en la tabla 9.

Tabla 9. Bases de datos consultadas en la búsqueda bibliográfica.

Bases de datos
• MEDLINE, OVID(1946-, In-Process and othe rnon-indexed citations) • EMBASE, OVID (1947-) • The Cochrane Central Register of Controlled Trials(CENTRAL), Wiley • CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), EbscoHost (1980-) • Cochrane EPOC Group, Specialised Register, ReferenceManager Cochrane Drugs and Alcohol Group, Specialised Register • LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences) Database, Virtual Health Library (VHL) • IBECS (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud) Database, Virtual Health Library (VHL) • Open Grey, System for Information on Grey Literature in Europe (www.opengrey.eu/) • Web of Science, Conference Proceedings Citation Index-Science, Web of Knowledge (1990-) • Centre for Reviews and Dissemination databases (www.crd.york.ac.uk/crdweb/)
Métodos adicionales de búsqueda:
• Búsqueda de artículos de forma manual, a partir de las citas bibliográficas de los estudios

Los resultados obtenidos en las distintas bases de datos y otras fuentes se grabaron en el gestor bibliográfico RefWork, donde se eliminaron duplicados por varios métodos (automático y manual).

5.4. Selección de estudios

Cada referencia identificada fue evaluada por dos revisores, utilizando un formulario desarrollado por los investigadores, a partir de las recomendaciones del Grupo EPOC(90). Cualquier desacuerdo fue resuelto a través de discusión. Si finalmente no se llegaba a un consenso, se consultaba con un tercer investigador. Durante la selección de estudios, los revisores no estuvieron enmascarados en relación a los resultados del ensayo ni en los detalles de la publicación ni en la institución.

La selección de estudios se hizo en dos fases:

5.4.1 Cribado título y resumen:

En esta fase se clasificaron los títulos y resúmenes en tres grupos: "excluido", "potencialmente relevante" o "poco claro". En esta etapa solo se excluyeron las referencias clasificadas por ambos revisores como "excluido".

5.4.2 Cribado texto completo:

Sobre los estudios clasificados en la fase previa como "poco claros" o "potencialmente relevantes", se recuperaron sus versiones en texto completo para la evaluación definitiva de la elegibilidad. En caso de no disponer de informe completo y no poder obtener la información, se excluyó.

Se utilizó un formulario para la evaluación de la elegibilidad de textos completos desarrollado por los investigadores, a partir de las recomendaciones del Grupo EPCO(90). (Anexo 15).

En esta fase los artículos se clasificaron en cuatro grupos: "excluido" o "incluido".

El resultado de esta fase de selección de estudios se expone en un diagrama de flujo, realizado según las recomendaciones de la declaración PRISMA(88)).

5.5. Extracción de datos

Se elaboró un cuestionario de recogida de datos basado en las recomendaciones del grupo EPOC (90) que fue pilotado en varios estudios.

La información extraída de cada estudio se agrupaba en los siguientes bloques:

Identificación: autor, institución, objetivo, conclusiones, fuentes de financiación, conflictos de interés.

Participantes: centros, profesionales, pacientes.

Ámbito: país, contexto social, ámbito de cuidados

Método: diseño, criterios de inclusión y exclusión de clúster y pacientes, características basales de clúster y pacientes.

- Características de la intervención, del control y de las co-intervencioes (si existían).
- Resultados
- Riesgo de sesgo

La extracción de datos de cada estudio fue realizada por dos revisores. Los desacuerdos fueron resueltos por discusión y consenso, y en caso de ser necesario fue evaluado por un tercer revisor.

Aquellos estudios sobre los que teníamos varias publicaciones, fueron considerados como un único estudio, asegurándonos de extraer toda la información relevante de todas las publicaciones sobre el mismo estudio.

Para la descripción de la intervención se utilizó la propuesta Tdier(91). Se trata de una propuesta que desarrolla una extensión para el ítem 5 del CONSOR 2010 y el 11 del SPIRIT 2013, con el objetivo de mejorar la descripción de las intervenciones y facilitar su replicación.

Proponen un check list, TIDieR (Template for intervention description and replication), desarrollado a través de un Delphy con expertos internacionales que contiene 12 items:

1. Nombre o frase que describa la intervención
2. Teoría o fundamento
3. Materiales utilizados,
4. Procedimientos y actividades desarrolladas
5. Proveedores de la intervención, experiencia, formación, entrenamiento.
6. Medios por los que se implementa, cara a cara, por internet, en grupos, etc
7. Donde se implementa
8. Número de veces que se lleva a cabo cada actividad y en que periodo de tiempo
9. Si puede ser personalizada o adaptada
10. Modificaciones realizadas durante el estudio
11. Adherencia, como se planificó su evaluación
12. Adherencia, que resultados se obtienen

5.6. Evaluación del riego de sesgo de los estudios incluidos

Se utilizó la herramienta diseñada por el grupo EPOC(92) para los ECA incorporando algunas propuestas metodológicas para los ECAs por cluster. Considermos los siguientes dominios:

- Generación de la secuencia de aleatorización
- Ocultación de la secuencia de aleatorización.
- Reclutamiento de participantes
- Cegamiento de los participantes y personal
- Cegamiento en la evaluación de resultados (para cada tipo de resultados: proceso y resultados en pacientes)

- Características basales similares
- Medidas resultados basales similares
- Datos de resultados incompletos (para cada tipo de resultados: proceso y resultados en pacientes)
- Notificación selectiva de los resultados
- Error de unidad de análisis

Para la evaluación del sesgo de "notificación selectiva de resultados" se buscó la publicación del protocolo del estudio y el registro en las siguientes bases de datos de ensayos clínicos:

- **Clinical Trials (http://ClinicalTrials.gov)**

  Web que cuenta con una base de datos de registro y resultados de estudios clínicos en humanos desarrollados en todo el mundo, ya sean financiados con fondos públicos o privados. A través de la web, tanto pacientes, familiares, profesionales de salud, investigadores y el público en general, se accede a la información almacenada sobre estudios registrados en un amplia gama de problemas de salud y enfermedades.

- **ISRCTN (http://www.isrctn.com/)**

  Registro reconocido por la OMS (ICTRP) y el International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) para las publicaciones e investigación médica. Todos los registros son accesibles de forma gratuita y localizables.

- **International Clinical Trials Registry Platform (http://apps.who.int/trialsearch/AdvSearch.aspx)**

  La plataforma de registros internacionales de ensayos clínicos (ICTRP) de la OMS provee acceso a una base de datos que contiene los datos de los ensayos clínicos proporcionados por distintos registros de ámbito nacional o translacional (Australia, China, Europa, Holanda, ISRCTN y Clinical Trials), proporcionan actualización semanalmente y otros 11 países, de forma mensual.

La descripción detallada de estos dominios de riesgo de sesgos se expone en la tabla 10.

Dos revisores evaluaron de forma independiente el riesgo de sesgo de cada estudio incluido, Los desacuerdos fueron resueltos por discusión y consenso, y en caso de ser necesario fue evaluado por un tercer revisor.

Para cada estudio incluido se construyó una tabla de "Riesgo de sesgo", en la que para cada dominio se describirá el resultado de la evaluación ("Bajo riesgo" de sesgo, "Alto riesgo" de sesgo o "Poco claro" riesgo de sesgo), así como una descripción detallada de los aspectos del diseño o realización del estudio que fundamentan dicho resultado(93)

También se construyó un "Gráfico del riesgo de sesgo" que representa para cada dominio de riesgo evaluado, la proporción de estudios con cada uno de los posibles resultados ("Bajo riesgo", "Alto riesgo", "Riesgo poco claro"). Y la figura "Resumen del riesgo de sesgo" que presenta las evaluaciones de todos los estudios y todos los dominios.

Se consideró alto riesgo si había uno o más de los dominios evaluados con alto riesgo de sesgo, bajo riesgo si todos los dominios presentaban bajo riesgo de sesgo y poco claro si al menos uno de los dominios clave presentaba riesgo poco claro y ninguno con alto riesgo de sesgo.

Se consideraron como dominios claves la generación y ocultación de la secuencia de aleatorización, reclutamiento y el cegamiento en la evaluación de resultados.

Tabla 10. Criterios para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios incluidos.

Dominio	Descripción
Generación de la secuencia aleatoria. Debe describirse el método utilizado para generar la secuencia de asignación con detalle suficiente para permitir una evaluación de si la misma produjo grupos comparables.	BAJO RIESGO: Los investigadores describen un componente aleatorio en el proceso de generación de la secuencia como: Uso tabla de números aleatorios; Uso de un generador de números aleatorios por ordenador; Lanzamiento de una moneda; Barajar cartas o sobres; Lanzar los dados; Sorteo de tarjetas; Minimización (La minimización se puede implementar sin un elemento aleatorio, lo que se considera equivalente a que sea aleatorio). ALTO RIESGO: Los investigadores describen un componente NO aleatorio en el proceso de generación de la secuencia como por ejemplo: Secuencia generada mediante la fecha de nacimiento par o impar, alguna regla según la fecha (o el día) de ingreso; alguna regla según la historia clínica del hospital o el consultorio. Otros enfoques no aleatorios: Asignación según el criterio del médico, según la preferencia del participante, según los resultados de una prueba de laboratorio o una serie de pruebas, según la disponibilidad de la intervención. RIESGO POCO CLARO: No hay información suficiente acerca del proceso de generación de la secuencia para permitir una evaluación de "Bajo riesgo" o "Alto riesgo".
Ocultamiento de la secuencia de aleatorización Debe describirse el método utilizado para ocultar la secuencia de asignación con detalle suficiente para determinar si las asignaciones a la intervención se podían prever antes o durante el reclutamiento.	BAJO RIESGO: los participantes y los investigadores que reclutaron a los participantes no podían prever la asignación debido a que uno de los métodos siguientes u otro equivalente se utilizaron para ocultar la asignación: Asignación central (incluida la asignación al azar por teléfono, basada en la web y controlada por la farmacia); Sobres cerrados, oscuros y numerados de forma secuencial, etc. A menudo los <u>ensayos aleatorizados por grupo asignan todos los grupos a la misma vez</u>, por lo que habitualmente la falta de ocultación de una secuencia de asignación no es un problema. ALTO RIESGO: los participantes o los investigadores que reclutaron a los participantes podían prever las asignaciones y por lo tanto introducir sesgo de selección. RIESGO POCO CLARO: No hubo información suficiente para permitir una evaluación de "Bajo riesgo" o "Alto riesgo". Éste es habitualmente el caso si el método de ocultación no se describe o no se describe con detalle suficiente para permitir una evaluación definitiva, por ejemplo, si se describe el uso de sobres de asignación, pero es incierto si los sobres eran oscuros y estaban numerados de forma secuencial y cerrados.
Reclutamiento de participantes (Para ECA-cluster) El sesgo de reclutamiento puede ocurrir cuando los individuos se reclutan en el ensayo después que los grupos se asignaron al azar, ya que el conocimiento de si	BAJO RIESGO: El reclutamiento de pacientes se hizo previo a la aleatorización de los clúster. También se considerará bajo riesgo cuando el reclutamiento se realizó después de la aleatorización de los clúster por una persona enmascarada respecto al grupo de asignación, o bien se incluyeron todos los pacientes o una muestra aletaoria de cada clúster. ALTO RIESG: el reclutamiento se hizo después de la aleatorización de los clústers, por participantes no enmascarados al grupo. RIESGO POCO CLARO: No hubo información suficiente para permitir

Dominio	Descripción
cada grupo es un grupo "intervención" o "control" pudiera afectar el tipo de participantes reclutado	una evaluación de "Bajo riesgo" o "Alto riesgo".
Cegamiento de los participantes y personal. Para cada tipo de resultado Deben describirse todas las medidas utilizadas, si se utilizó alguna, para cegar a los participantes y al personal del estudio al conocimiento de qué intervención recibió un participante. Proporcionar cualquier información con respecto a si el cegamiento propuesto fue efectivo.	BAJO RIESGO: Ningún cegamiento, pero los revisores consideran que no es probable que el resultado esté influido por la falta de cegamiento; Se aseguró el cegamiento de los participantes y el personal clave del estudio, y es poco probable que se haya roto el cegamiento ALTO RIESGO: Ningún cegamiento o cegamiento incompleto, y es probable que el resultado y la medición del resultado estén influidos por la falta de cegamiento; Se intentó el cegamiento de los participantes y el personal clave del estudio, pero es probable que se haya roto el cegamiento. RIESGO POCO CLARO: No hubo información suficiente para permitir una evaluación de "Bajo riesgo" o "Alto riesgo".
Cegamiento de la evaluación de resultados. Se debería evaluar cada resultado principal (o cada clase de resultado). Describir las medidas utilizadas para cegar a los evaluadores del resultado del estudio al conocimiento de qué intervención recibió un participante. Proporcionar cualquier información con respecto a si el cegamiento propuesto fue efectivo.	BAJO RIESGO: Se ha asegurado el cegamiento de la evaluación de los resultados y es improbable que se haya roto el cegamiento. No hay cegamiento de la evaluación de resultados, pero los revisores creen que la medida del resultado no es probable que esté influenciada por la falta de cegamiento. ALTO RIESGO: No hay cegamiento de la evaluación de resultados y es probable que la medida del resultado esté influenciada por la falta de cegamiento. Se ha realizado la valoración del cegamiento, pero es probable que el cegamiento se haya roto y que la medida del resultado esté influenciada por la falta de cegamiento. RIESGO POCO CLARO: No hubo información suficiente para permitir una evaluación de "Bajo riesgo" o "Alto riesgo".
Características basales similares	A menudo los ensayos aleatorizados por grupo asignan todos los grupos a la misma vez, por lo que habitualmente la falta de ocultación de una secuencia de asignación no es un problema. Sin embargo, debido a que se asignan al azar pequeños números de grupos, existe la posibilidad de desequilibrios basales por azar entre los grupos asignados al azar, en términos de los grupos o los individuos. Aunque no es una forma de sesgo como tal, el riesgo de diferencias basales se puede reducir mediante el uso de asignación de los grupos estratificada o pareada. Describir la comparabilidad inicial de los grupos o el ajuste estadístico según las características basales puede ayudar a reducir las preocupaciones acerca de los efectos del desequilibrio basal.
Medidas resultados basales similares	A menudo los ensayos aleatorizados por grupo asignan todos los grupos a la misma vez, por lo que habitualmente la falta de ocultación de una secuencia de asignación no es un problema.

Dominio	Descripción
	Sin embargo, debido a que se asignan al azar pequeños números de grupos, existe la posibilidad de desequilibrios basales por azar entre los grupos asignados al azar, en términos de los grupos o los individuos. Aunque no es una forma de sesgo como tal, el riesgo de diferencias basales se puede reducir mediante el uso de asignación de los grupos estratificada o pareada. Describir la comparabilidad inicial de los grupos o el ajuste estadístico según las medidas resultado basales puede ayudar a reducir las preocupaciones acerca de los efectos del desequilibrio basal.
Datos de resultados incompletos Para cada tipo de resultados Describir la compleción de los datos de resultado para cada resultado principal, incluidos los abandonos y las exclusiones del análisis. Señalar si se describieron las los abandonos y las exclusiones, los números en cada grupo de intervención (comparados con el total de participantes asignados al azar), los motivos de las deserciones/exclusiones cuando se detallaron, y cualquier reinclusión en los análisis realizada por los revisores	BAJO RIESGO: No hay datos de resultado faltantes; Es poco probable que los motivos causantes de los datos de resultado faltantes se relacionen con el resultado verdadero Datos de resultado faltantes equilibrados con respecto a los números entre los grupos de intervención, con motivos similares para los datos de resultado faltantes entre los grupos; Para los datos de resultado dicotómicos, la proporción de resultados faltantes comparados con el riesgo de evento observado no es suficiente para tener una repercusión clínicamente importante sobre la estimación del efecto de la intervención; Para los datos de resultado continuos, el posible tamaño del efecto (diferencia de medias o diferencia de medias estandarizada) entre los resultados faltantes no es suficiente para tener una repercusión clínicamente relevante sobre el tamaño del efecto observado; Los datos faltantes se imputaron mediante métodos apropiados. ALTO RIESGO: Es probable que las razones que causan los datos faltantes estén relacionados con el resultado verdadero, con desequilibrio en los números o en los motivos para los datos faltantes entre los grupos de intervención; Para los datos de resultado dicotómicos, la proporción de resultados faltantes comparados con el riesgo de evento observado es suficiente para inducir un sesgo clínicamente relevante en la estimación del efecto de la intervención; Para los datos de resultado continuos, el posible tamaño del efecto (diferencia de medias o diferencia de medias estandarizada) entre los resultados faltantes es suficiente para inducir un sesgo clínicamente relevante en el tamaño del efecto observado; El análisis “como se trató” se realizó de forma significativamente diferente de la intervención recibida con respecto a la asignada mediante la asignación aleatoria; Aplicación posiblemente inapropiada de la imputación simple. RIESGO POCO CLARO: No hay datos suficientes sobre las pérdidas/exclusiones para permitir una evaluación de ‘Bajo riesgo’ o ‘Alto riesgo’ (por ejemplo, no se señala el número de participantes asignados al azar, no se proporcionan los motivos de los datos faltantes); El estudio no abordó este resultado.

Dominio	Descripción
Notificación selectiva de los resultados	BAJO RIESGO: El protocolo del estudio está disponible y todos los resultados preespecificados (primarios y secundarios) del estudio que son de interés para la revisión se describieron de una manera preespecificada; El protocolo del estudio no está disponible pero está claro que las publicaciones incluyen todos los resultados esperados, incluidos los que se preespecificaron (puede ser poco frecuente la presencia de texto convincente de esta naturaleza). ALTO RIESGO: No se describieron todos los resultados primarios del estudio preespecificados; Uno o más resultados primarios se describieron con mediciones, métodos de análisis o subgrupos de datos (p.ej. subescalas) que no se prespecificaron; Uno o más resultados primarios no se prespecificaron (a menos que se proporcione una clara justificación para detallarlos, como un efecto adverso inesperado); Uno o más resultados preespecificados de interés para la revisión se describieron de forma incompleta, por lo que no fue posible introducirlos en un metanálisis; La publicación del estudio no incluyó resultados para un resultado clave que era de esperar que se describiera para esta clase de estudios. RIESGO POCO CLARO: No hubo información suficiente para permitir una evaluación de "Bajo riesgo" o "Alto riesgo". Es probable que la mayoría de los estudios se incluya en esta categoría.
Error de unidad de análisis (Para ECA-clúster)	BAJO RIESGO: ECA-clúster que se analizan a nivel de grupo (disminuya n y poder estadístico) o utilizan métodos de métodos estadísticos que permiten el análisis a nivel del individuo a la vez que tienen en cuenta el agrupamiento en los datos. Dicho análisis se pudiera basar en un "modelo multinivel", un "análisis de componentes de la varianza" o puede utilizar "ecuaciones de estimación generalizada" (en inglés, GEE), entre otras técnicas. ALTO RIESGO: ECA-clúster que se analizan mediante métodos estadísticos incorrectos que no tienen en cuenta el agrupamiento. RIESGO POCO CLARO: No hubo información suficiente para permitir una evaluación de "Bajo riesgo" o "Alto riesgo".

5.7. Descripción del cálculo del tamaño de la muestra en los estudios incluidos

También se evaluó si la unidad de asignación se tuvo en cuenta para el cálculo del tamaño de la muestra o de la potencia.

En los diseños de clúster, la estimación del tamaño de la muestra debe ser sobrestimado para tener en cuenta el diseño del cluster(94), considerando el coeficiente de correlación intraclase (ICC).

5.8. Evaluación de la heterogeneidad de los estudios incluidos

La heterogeneidad de los estudios se evaluó a través de la descripción de las características de los estudios incluidos, ámbito de realización y descripción de la estrategia evaluada.

Dado que no se realizó un metaanálisis, no se realizó ninguna evaluación estadística de la heterogeneidad.

5.9. Medidas del efecto de las intervenciones

Se calculó un tamaño de efecto único para cada tipo de resultado y comparación en cada estudio. Si un mismo estudio presentaba más de un resultado se registro aquel que estaba definido como resultado principal por el autor. Si no había un resultado principal claro se calculó la mediana de todos los resultados disponibles. Además, se realizó un análisis de sensibilidad en el que, en lugar del resultado mediano, se utiliza el mejor resultado de cada estudio.

Para evitar el efecto de diferencias potencialmente importantes en el valor basal entre los grupos de intervención y control, se ajustaron las diferencias postintervención teniendo en cuenta las diferencias basales cuando los estudios incluidos reportaban la información basal.

Las medidas de efecto utilizadas dependieron del tipo de datos presentados en los estudios individuales:

Para datos dicotómicos se calculó la Diferencia de Porcentajes Post-intervención.

Para los resultados continuos se calculó la Diferencia de Medias o Medianas Post-intervención. Dada la variabilidad de medidas resultados utilizadas, con distintas escalas de medida, hace necesario estandarizar las diferencia de medias. Sin embargo, la mayoría de los estudios no facilitaron información sobre la desviación típica ni otra información que nos permitiera

calcularla. Por tanto, los resultados de estas comparaciones no podrán sintetizarse a través de los estudios incluidos.

Se informó también del nivel de significación estadística: Si $p < 0.05$ informamos de su valor y si $p \geq 0.05$ informamos no significativo ('NS'). Si hay error de unidad de análisis, no informamos del valor de p.

5.10. Síntesis de datos

Dada la heterogeneidad entre los estudios incluidos debido a variaciones de las características de la población estudiada de los pacientes y de los profesionales, de las estrategias evaluadas y de los contextos en los que se aplican, y de las características metodológicas de los estudios, no realizamos metanálisis para combinar los datos. Un enfoque para evaluar esta variación sería la metarregresión. Sin embargo, dado el número de covariables potencialmente importantes, la metarregresión requeriría muchos más estudios de los que encontramos.

Para cuantificar los efectos de las estrategias se ha utilzado la mediana y rango intercuartil (RIC) de la medida del efecto entre los estudios. Este método, que se utilizó por primera vez en una amplia revisión de las estrategias para aplicar recomendaciones(78), se ha aplicado desde entonces en varias revisiones Cochrane de intervenciones para mejorar la práctica clínica(95)(96)(97) y otras revisiones sistemáticas de las intervenciones de mejora de la calidad(98)(95).

La cuantificación de la mejora implica dos usos distintos de la "mediana". En primer lugar, para manejar resultados múltiples dentro de los estudios individuales, identificamos la mediana del efecto a través de los resultados de cada estudio. Por ejemplo, si un estudio informó 10 resultados cualitativos relacionados, para cada resultado se calculó la Diferencia de Riesgo y después la mediana de las 10 Diferencias de Riesgo. Con cada estudio representado por su mediana de resultados, a continuación, se calculó la mediana y el RIC entre todos los estudios incluidos. Para los propósitos de los análisis de sensibilidad se repitió este cálculo utilizando el mejor resultado de cada estudio.

La principal desventaja de este método de utilizar la mediana para estimar el efecto a través de un grupo de estudios es que se asigna igual peso a todos los estudios. No obstante, el uso de la mediana en lugar de la media evita que la estimación se afecte por resultados extremos (por ejemplo, efectos grandes en estudios de pequeño tamaño o con errores metodológicos)(98).

Se agregaron y analizaron los datos de proceso (cumplimiento de los profesionales con las recomendaciones) de acuerdo a las siguientes categorías

- Tipo de estrategia
- Grupo de comparación
  - Práctica habitual
  - Otras intervenciones
- Profesional al que va dirigida la estrategia

5.11. Otras consideraciones

Esta revisión sistemática se desarrolló en un inicio en el marco de un proyecto de investigación 'Efectividad de las estrategias de implementación de guías de práctica clínica en atención primaria' (expediente FIS: PI08/90777), financiado en la convocatoria de 2008 de la Acción Estratégica de Salud, Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica 2008-2011 (Instituto de Salud Carlos III), España.

Posteriormente, siguiendo las indicaciones de los editores del grupo EPOC (Effective Practice & Organization of Care) de la Cochrane Collaboration, se incorporó como protocolo Cochrane [Intervention Protocol]: Professional interventions to implement guidelines to prevent hazardous alcohol consumption by patients in primary care settings (Protocol). The Cochrane Library 2012, Issue 7(99).

6. RESULTADOS

6.1 Selección de estudios

El total de referencias obtenidas en las bases de datos consultadas fue de 7690. En la tabla 11 se detalla el resultado de cada base de datos. Además se encontraron 20 referencias a partir de la bibliografía de los estudios incluidos.

Los resultados combinados de todas las búsquedas bibliográficas se describen en el diagrama de flujo del estudio (figura 3).

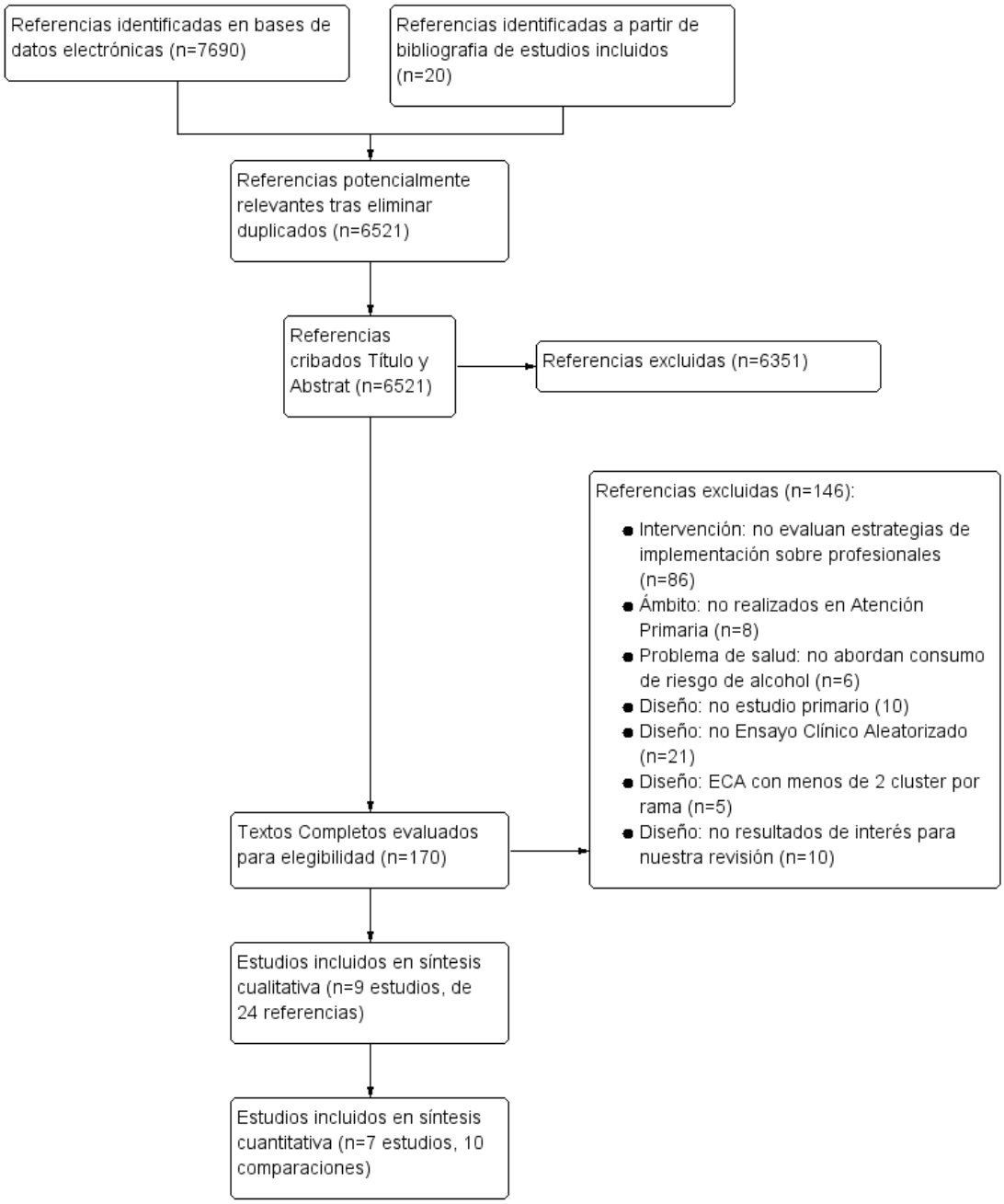
Tabla 11. Referencias obtenidas en cada base de datos consultada.

Base de datos	Nº de referencias
Medline	2148
Embase	2827
CINAHL	552
CRD	119
Cochrane - Central	1075
Web of Science Conf Proceedings (CPCI-S)	584
IBECS	90
LILACS	141
Cochrane Drugs and Alcohol Group - CDAG register	90
OPEN GRAY	64
Total	**7690**

En los Anexos 6 a 14 se detallan la estrategias de búsqueda de cada base de datos.

De las 6521 referencias fueron eliminadas 1189 duplicadas. Durante la fase de cribado de Título y Abstrat se eliminaron 6351 referencias, y 170 fueron evaluados a Texto Completo.

Figuras 3. Diagrama de flujo para la selección de los estudios.



6.2 Características de los estudios Incluidos

Se incluyeron 9 estudios:

Buchsbaum 1993(100)

Buchsbaum DG, Buchanan RG, Lawton MJ, Elswick RK, Schnoll SH. A program of screening and prompting improves short-term physician counseling of dependent and nondependent harmful drinkers. Arch Intern Med. 1993;153(13):1573–7

Butler 2013(101)(102)

Butler CC, Simpson SA, Hood K, Cohen D, Pickles T, Spanou C, et al. Training practitioners to deliver opportunistic multiple behaviour change counselling in primary care: a cluster randomised trial. BMJ. 2013 Mar 19;346(mar19_3):f1191

Spanou C, Simpson SA, Hood K, Edwards A, Cohen D, Rollnick S, et al. Preventing disease through opportunistic, rapid engagement by primary care teams using behaviour change counselling (PRE-EMPT): protocol for a general practice-based cluster randomised trial. BMC Fam Pract. 2010;11:69

Chossis 2007(103)

Chossis I, Lane C, Gache P, Michaud P-A, Pécoud A, Rollnick S, et al. Effect of training on primary care residents' performance in brief alcohol intervention: a randomized controlled trial. J Gen Intern Med. 2007;22(8):1144–9

Hilbink 2012(104)(105)

Hilbink M, Voerman G, van Beurden I, Penninx B, Laurant M. A Randomized Controlled Trial of a Tailored Primary Care Program to Reverse Excessive Alcohol Consumption. J Am Board Fam Med. 2012;25:712–22.

Van Beurden I, Anderson P, Akkermans RP, Grol RPTM, Wensing M, Laurant MGH. Involvement of general practitioners in managing alcohol problems: A randomized controlled trial of a tailored improvement programme. Addiction. 2012;107(9):1601–11.

Kaner 2003(64)

Kaner E, Lock C, Heather N, McNamee P, Bond S. Promoting brief alcohol intervention by nurses in primary care: A cluster randomised controlled trial. Patient Educ Couns. 2003;51(3):277–84.

ODHIN 2016(106)(107)(108)(109)(110)

Anderson P, Bendtsen P, Spak F, Reynolds J, Drummond C, Segura L, et al. Improving the delivery of brief interventions for heavy drinking in primary health care: outcome results of the Optimizing Delivery of Health Care Intervention (ODHIN) five-country cluster randomized factorial trial. Addiction. 2016;111(11):1935–45.

Bendtsen P, Mussener U, Karlsson N, Lopez-Pelayo H, Palacio-Vieira J, Colom J, et al. Implementing referral to an electronic alcohol brief advice website in primary healthcare: results from the ODHIN implementation trial. BMJ Open. 2016;6(6):e010271--e010271-.

Anderson P, Kaner E, Keurhorst M, Bendtsen P, Van Steenkiste B, Reynolds J, et al. Attitudes and Learning through Practice Are Key to Delivering Brief Interventions for Heavy Drinking in Primary Health Care: Analyses from the ODHIN Five Country Cluster Randomized Factorial Trial. Int J Environ Res Public Heal. 2017;14(14).

Keurhorst M, Anderson P, Heinen M, Bendtsen P, Baena B, Brzózka K, et al. Impact of primary healthcare providers' initial role security and therapeutic commitment on implementing brief interventions in managing risky alcohol consumption: a cluster randomised factorial trial. Implement Sci. 2016;11(1):96.

Keurhorst MN, Anderson P, Spak F, Bendtsen P, Segura L, Colom J, et al. Implementing training and support, financial reimbursement, and referral to an internet-based brief advice program to improve the early identification of hazardous and harmful alcohol consumption in primary care (ODHIN): study protocol for a cluster rando. Implement Sci. 2013;8:11

Saitz 2003(111)

Saitz R, Horton N, Sullivan L, Moskowitz M, Samet J. Addressing Alcohol Problems in Primary Care: A Cluster Randomized, Controlled Trial of a Systems Intervention: The Screening and Intervention in Primary Care (SIP) Study. Ann Intern Med. 2003;138(5):372.

Sanci 2015(112)(113)

Sanci L, Chondros P, Sawyer S, Pirkis J, Ozer E, Hegarty K, et al. Responding to young people's health risks in primary care: A cluster randomised trial of training clinicians in screening and motivational interviewing. PLoS One. 2015;10(9).

Sanci L, Grabsch B, Chondros P, Shiell A, Pirkis J, Sawyer S, et al. The prevention access and risk taking in young people (PARTY) project protocol: a cluster randomised controlled trial of health risk screening and motivational interviewing for young people presenting to general practice. BMC Public Health. 2012;12:400

WHO 2005(2)(114)(115)(116)(117)(118)

Funk M, Wutzke S, Kaner E, Anderson P, Pas L, McCormick R, et al. A multicountry controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: findings of a World Health Organization collaborative study. J Stud Alcohol. 2005;66(3):379–88.

Kaner EFS, Lock CA, McAvoy BR, Heather N, Gilvarry E. A RCT of three training and support strategies to encourage implementation of screening and brief alcohol intervention by general practitioners. Br J Gen Pract. 1999;49(446):699–703.

Lock CA, Kaner EF, Heather N, McAvoy BR, Gilvarry E. A randomized trial of three marketing strategies to disseminate a screening and brief alcohol intervention programme to general practitioners. Br J Gen Pract. 1999;49(446):695.

Anderson P, Kaner E, Wutzke S, Funk M, Heather N, Wensing M, et al. Attitudes and Managing Alcohol Problems in General Practice: an Interaction Analysis Based on Findings From a Who Collaborative Study. Alcohol Alcohol. 2004;39(4):351–6.

Lock CA, Kaner EFS, Heather N, Gilvarry E, McAvoy BR. Changes in receptionists' attitudes towards involvement in a general practice-based trial of screening and brief alcohol intervention. Br J Gen Pract. 2000;50(451):111–5.

En las tablas 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 26 y 28 se exponen las características (objetivo, metodología, participantes, ámbito, resultados, fuentes de financiación) de cada uno de los 9 estudios incluidos.

En relación al **diseño,** todos los estudios incluidos fueron Ensayos Clínicos Aleatorizados por clúster.

En cuanto al **ámbito geográfico**, se realizaron en: EEUU, Reino Unido, Suiza, Holanda, Polonia, Australia, Bélgica, Dinamarca, Países bajos, Nueva Zelanda y España (Cataluña). Países todos ellos con de alto nivel de ingresos. La mayoría de ellos fueron **multicéntricos** (Butler 2013, Hilbink 2012, Kaner 2003, ODHIN 2014, Sanci 2015, Chossis 2007 y WHO 1991); de los que dos incluyen centros de varios países (ODHIN 2016 y WHO 1991).

Todos los estudios incluidos reportaron la **fuente de financiación**, que fue a través de organizaciones académicas como universidades, gubernamentales y fundaciones sin ánimo de lucro. No se identificaron conflictos de interés.

La **unidad de aleatorización** fue el centro en 5 de ellos (Butler 2013, Hilbink 2012, Kaner 2003, ODHIN 2014, Sanci 2015) y el profesional en los otros 4 (Buchsbaum 1993, Chossis 2007, Saitz 2003 y WHO 2005).

La **unidad de análisis** coincidió con la de aleatorización en 3 de los estudios incluidos, WHO 1991(profesional); Kaner 2003 y ODHIN 2016 (centro). En 6 estudios la unidad de análisis fue el paciente (Buchsbaum 1993, Butler 2013, Chossis 2007, Hilbink 2012, Sanci 2015 y Saitz 2003). En estos 6 estudios en los que el análisis se realizó a nivel de paciente, en 5 de ellos realizaron un análisis estadístico teniendo en cuenta el agrupamiento (tales como ecuaciones de estimación generalizadas (GEE) y modelos multinivel), por lo que el riesgo de "Error de unidad de análisis" es bajo. En el estudio Buchsbaum 1993 la posibilidad de error de unidad de análisis no está clara.

El **objetivo de las estrategias evaluadas** era el uso por parte de los profesionales sanitarios de las recomendaciones sobre el consumo de riesgo o perjudicial de alcohol. Dos de los estudios incluidos abordaban conjuntamente varias conductas de riesgo, no solo el consumo de alcohol

(Butler 2013 y Sanci 2015). Dichos estudios se incluyeron porque presentaban datos desagregados en relación al consumo de alcohol.

Siguiendo la taxonomía del Grupo EPOC, las **estrategias de implementación** evaluadas fueron:

Visitas educativas o "academic detailing": en 7 de los estudios incluidos (Butler 2013, Chossis 2007, Hilbink 2012, Odhin 2016, Sanci 2015, WHO 2005 y Kaner 2003). Incluían entrenamiento de diferente duración y formatos, y en 2 de los estudios (WHO 2005 y Kaner 2003) se añadió apoyo mediante llamadas telefónicas o visitas.

Intervenciones mediadas por el paciente: Buchsbaum 1993 y Saitz 2003. En ellos se realizaba una entrevista al paciente previo a entrar en la consulta, y los resultados del cribado junto con las recomendaciones individualizadas eran proporcionados al médico.

En cuanto al **grupo de comparación**, se utilizó la práctica habitual en 3 estudios (Buchsbaum 1993, Saitz 2003 y Butler 2013), formación en otros temas en 2 (Chossis 2007 y Sanci 2015) y entrega de recomendaciones escritas en 4 (Odhin 2016,Who 2005, Kaner 2003 y Hilbink 2012).

Tabla 12. Característica del estudio incluido "Bauchsbaum 1993"(100)

Bauchsbaum 1993	
Objetivo	**Objetivo:** Evaluar si informar a los médicos, previo a la consulta con el paciente, del diagnostico (dependiente o consumo peligroso de alcohol) y síntomas del paciente, así como facilitarle las recomendaciones para su tratamiento, aumenta la realización del consejo durante la consulta con el paciente. **Conclusiones:** Cribar a los pacientes antes de entrar a consulta y proporcionar a los médicos los resultados del consumo de alcohol de los pacientes y las recomendaciones para su abordaje mejora de forma significativa y a corto plazo las tasas de asesoramiento a los pacientes (dependientes+ consumidores de riesgo), 50% GI vs 33% GC. Para el subgrupo de no dependientes estas mejoras no fueron significativas, 38% GI vs 21% GC.
Métodos	**Diseño**: Ensayo clínico randomizado por conglomerados, 2 ramas (1:1). **Unidad de aleatorización**: Médicos residentes. **Unidad de análisis:** Paciente. Reclutados entre los que acudían a consulta, mediante entrevista informatizada realizada por técnicos, utilizando el módulo de Alcohol del "Diagnostic Interview Schedule (DIS)" *[Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. NAtional Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Arch Gen Psychiatry. 1981; 38:381-389].* Los residentes fueron aleatorización al GI o GC con su primer paciente positivo. **Tamaño de muestra:** No reportado. **Estrategia de análisis:** Regresión binaria utilizando técnicas de estimación de ecuaciones generalizadas. Se compara la tasa de consejo según grupo (intervención/control), sexo del paciente, consumo (dependiente/perjudicial) y problema activo (ultimo año) o no activo. Presentan análisis de subgrupos para: mujeres, pacientes con problemas inactivos y pacientes con consumo de riesgo pero no dependientes. Nivel de significación del 5%.
Participantes	**Criterios de inclusión:** **(1) Clusters:** no reportado **(2) Pacientes:** ≥18 años, que cumplen criterios DSM-III de dependencia al alcohol o tienen al menos un síntoma según el módulo de Alcohol del "Diagnostic Interview Schedule (DIS)" **Criterio de exclusión:** **(1) Clusters:** no reportado **(2) Pacientes:** no hablar inglés
	Centros: NA **Características**: NA.
	Profesionales: Médicos residentes. Randomizados, **N=83 (GI=42, GC=41).** Incluidos en análisis, N=83(GI=42, GC=41). **Características:** No reportadas
	Pacientes: Pacientes con al menos 1 síntoma según cuestionario DIS. **N= 214 (GI= 107, GC=107)**. De ellos, dependientes al alcohol**, N=127 (GI=62, GC=86)** y 87 no dependientes **(GI=45, GC=21**). **Características**: 46% hombres. 64% con síntomas activos (en último año). No reportan información separada por grupo.
	Diferencias relevantes entre grupos: No reportadas
Ámbito:	Clínica universitaria de la Escuela de Medicina de Virginia, Richmond (EEUU) que ofrece medicina ambulatoria. Contexto social: EEUU, alto nivel ingresos Fechas reclutamiento: no reportadas. El estudio duró 2 años (marzo 1988-marzo 1990). International: no. Multicéntrico: no. Localización de cuidados: atención ambulatoria. Estatus académicos: clínica universitaria

Bauchsbaum 1993	
Intervención	**Tipo de intervención**: Intervención mediada por el paciente
	Descripción de la intervención: Informaron a cada médico del diagnóstico de su paciente relacionado con el alcohol, mediante una carta adjunta a la historia clínica del paciente, previo a la visita del paciente. La carta incluía: • Diagnóstico DSM-III (dependencia del alcohol o consumo de riesgo) y criterios en los que se basó • Síntomas del paciente • Recomendaciones para el tratamiento del paciente, adaptadas a situación del paciente (con problemas activos o inactivos): - Para los pacientes con problemas activos, se basaron en técnicas de intervención breve: compartir los resultados de las pruebas con el paciente, advertir al paciente de los efectos nocivos de sus hábitos de consumo de alcohol, asesorar al paciente para que deje de beber, y remitir al paciente a un consejero de la clínica para una evaluación y tratamiento adicionales. - Para los pacientes con problemas inactivos: compartir los resultados de las pruebas con el paciente, advertir al paciente de los efectos nocivos de sus hábitos de consumo de alcohol y reforzar la moderación o abstinencia. **Grupo de control**: no se les informa de los resultados de los pacientes ni de las recomendaciones para su tratamiento. **Co-intervenciones**: No reportadas
Resultados	**Resultado principal:** • Tasa de consejo médico, referida por el paciente Se considera que se ha realizado el consejo si: ▪ El médico ha discutido sobre los problemas del alcohol con el paciente y ▪ Ha realizado al menos 1 de las 3 siguientes actividades: – Advierte de los riesgos del consumo de alcohol, y/o – Recomienda dejar de beber (o mantener consumo moderado o abstinencia) y/o – Ofrece derivación a centro de rehabilitación. Entrevista personal con el paciente, realizada por investigador, tras la primera consulta con el residente. No reportado si dicho investigador conoce el grupo al que pertenece el residente.
Fuentes de financiación	**Financiación:** Gubernamental (Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA), Departamento de Salud y Servicios Humanos, Washington. Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA)). **Función del financiador:** No reportado. **Declaración de interés:** No reportado. **Conflicto de intereses:** Ninguno, en opinión de los revisores.
Notas	**Evaluación Comité Ética:** Sí. Consentimiento informado firmado por pacientes. **Protocolo:** buscado por revisores, no localizado **Registro del Ensayo**: buscado por revisores, no localizado **Número de participantes por cluster**: No reportado **Coeficiente de correlación intraclase**: No reportado

Tabla 13. Valoración Riesgo de Sesgo del estudio incluido "Bauchsbaum 1993"(100)

Bauchsbaum 1993		
Dominio	**Riesgo de sesgo**	**"Cita" (pag.)**
Generación de la secuencia aleatoria.	RIESGO POCO CLARO	"Aleatorizamos los médicos residentes a intervención o control con su primer paciente positivo" (p. 1574). No hay información suficiente acerca del proceso de generación de la secuencia aleatoria.
Ocultamiento de la asignación	RIESGO POCO CLARO	"Asignamos los médicos residentes a intervención o control con su primer paciente positivo" (p. 1574). No se informa quien hace la randomización y si se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización.
Reclutamiento de participantes	RIESGO POCO CLARO	"Asignamos los médicos residentes a intervención o control con su primer paciente positivo" (p. 1574). No se informa quien hace el reclutamiento. El reclutamiento del primer paciente de cada médico se hace previo a la randomización. El resto no.
Cegamiento de los participantes y personal. Resultados de proceso	RIESGO POCO CLARO	No hay información suficiente para valorarlo
Cegamiento de los participantes y personal. Resultados del paciente	NA	NA
Cegamiento de la evaluación de resultados. Todos los resultados	RIESGO POCO CLARO	No hay información suficiente para valorarlo
Características basales similares	RIESGO POCO CLARO	Residentes: No se informa de características basales del residente. Pacientes: solo se informa de la distribución por sexo.
Medidas resultados basales similares	RIESGO POCO CLARO	No se informa de resultados basales
Datos de resultados incompletos (grupos o individuos): Resultados de proceso	BAJO RIESGO	Para los resultados de proceso, medidos a la salida de la consulta, no se informa que haya pérdidas
Datos de resultados incompletos (grupos o individuos): Resultados de pacientes	NA	NA
Notificación selectiva de los resultados	RIESGO POCO CLARO	No hay protocolo ni registro de Ensayo. Presentan los resultados señalados en material métodos
Error de unidad de análisis	RIESGO POCO CLARO	Unidad de randomización= médicos residentes. Unidad de análisis= paciente. No hay información suficiente para evaluarlo

Tabla 14. Característica del estudio incluido "Butler 2013" (101)(102)

Butler 2013	
Objetivo	**Objetivo:** Evaluar el efecto de la formación a los profesionales de la salud de AP sobre el consejo para cambio de conducta, sobre cuatro comportamientos de riesgo de los pacientes (tabaquismo, consumo de alcohol, ejercicio y alimentación saludable). **Conclusiones:** La formación de los clínicos de AP sobre el "asesoramiento para el cambio de comportamiento", utilizando un breve programa de aprendizaje mixto, no aumentó los pacientes que informaron un cambio de comportamiento beneficioso a los tres meses (para ninguno de los 4 comportamientos estudiados). Se observó una mejora significativa para: tener intención de cambiar, haber hecho intento de cambio o cambio duradero a los 3 meses. Por tipo de comportamiento, estas mejoras no se observaron para el alcohol
Métodos	**Diseño**: Ensayo clínico randomizado por conglomerados, 2 ramas (1:1). **Unidad de aleatorización**: Centros. **Unidad de análisis:** Pacientes. Reclutados después de la aleatorización. Un administrativo informaba del estudio a los pacientes que acudían a una cita con un médico o enfermera. Si aceptaba, el investigador pasaba los cuestionarios sobre los 4 factores de riesgo, identificando como elegibles aquello con resultado positivo al menos a 1 de ellos. Una vez en la consulta, el médico/enfermera confirmaba elegibilidad. Se realizaron dos oleadas de reclutamiento, 1 mes después de la intervención y a los 5-7 meses. **Tamaño de muestra:** calculado para estimar un aumento en la proporción de pacientes que reportaron un cambio beneficioso en≥1 de los cuatro comportamientos de salud del 50% al 65% a los tres meses; n: 340 pacientes. Teniendo en cuenta el muestro por cluster, sobrestimaron el tamaño considerando un CCI de 0.05, n:1104 pacientes, con 24 centros de reclutamiento de 46 pacientes cada uno**.** **Estrategia de análisis:** Planificados previamente. Por intención de tratar (salvo que se especifique lo contrario). Modelo de regresión logística de tres niveles: centro, clínico y paciente, cálculo de odds ratio y un intervalo de confianza del 95% asociado. Se asumió que los no respondedores no hicieron ningún cambio positivo. Análisis de sensibilidad de para evaluar el impacto de esta asunción. Cuando se analizaron los comportamientos individuales, se utilizó la población que tenía dicho comportamiento al inicio del estudio. Análisis de sensibilidad para explorar impacto de la selección de pacientes por el médico, imputando a los no seleccionados basados en los parámetros de distribución del grupo de control para ese resultado, independientemente de si el participante era del grupo control o intervención. Se realizó análisis de subgrupos considerando la fase de reclutamiento y el cínico que le atendía (médico o enfermera)
Participantes	**Criterios de inclusión:** **(1) Clusters:** Centros en los que al menos un médico o enfermera acepta participar. Adecuado acceso a internet, necesario para la formación. **(2) Pacientes:** ≥18 años, citados con uno de los clínicos del y que aceptan participar. Con resultado positivo para alguno de los 4 factores de riesgo estudiados (Dietary Instrument for Nutrition Evaluation (DINE), forma breve del International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), Heaviness of Smoking Index (HSI) y Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C)) y confirmada elegibilidad por medico. **Criterio de exclusión:** **(1) Clusters:** Centros que estaban participando en algún otro estudio con los autores. **(2) Pacientes:** incapacidad para comprender y completar el estudio. No hablar inglés
	Exclusiones relevantes: pacientes que no hablen inglés
	Centros: Se ofrece participar a 291 centros. Aceptan **29 (GI:15 (2 se pierden), GC=14).** Analizados, **N=27 (GI=13, GC=14).** **Características**: acceso a internet.
	Profesionales: 53 clínicos (GI=25, GC=28). **Características:** 50.9% médicos (52% en GI y 50% en GC) y 49.1% enfermeras (48% en GI y 50% en GC). 66% mujeres (60% en GI y 71.4% en GC). Tamaño cupo (mediana; RIC): 6266.0; 4842.0 (6776.0; 5267.0 en GI y 6050.5; 4984.0 en GC). Índice de Townsed (mediana; RIC): 1.630; 4890 (0.990; 6.040 en GI y 1.985; 4.390 en GC)
	Pacientes: Total, **N=1827 (GI=831 y GC=996)** Para objetivo secundario sobre alcohol: **N= 740 (GI=358, GC= 382).** Umbrales para el cribado: AUDIT > 4 para hombres o > 3 para mujeres y/o <5 frutas y verduras

Butler 2013	
	por día y/o ≥ 3 porciones de cualquiera de los subgrupos de grasa, y/o <30 minutos durante al menos 5 días a la semana de ejercicio vigoroso o moderado y/o fumar ≥1 cigarrillos al día **Características**: Referidas a los 1827 pacientes incluidos: 35% hombres (39.8% en GI y 36% en GC). Estado civil: 19% vive solo (22.3% en GI y 16.5% en GC); 63.3% vive en pareja (61.7% en GI y 64.3% en GC); 8.8% divorciados (7.7% en GI y 9.7% en GC); 8.8% viudo (7.7% en GI y 9.7% en GC). Nivel socioeconómico: 43% directivos y ocupaciones profesionales (44.6% en GI y 41.8% en GC). Estado de salud: 12.1% diabetes (13% en GI y 11.4% en GC)
	Diferencias relevantes entre grupos: Más hombres entre los pacientes del GI.
Ámbito	Centros de AP en Gales, Reino Unido. Contexto social: Reino Unido, alto nivel ingresos. Fechas reclutamiento: los centros se reclutaron en noviembre de 2007, a lo largo de 5 meses. No reportadas fechas reclutamiento de pacientes. Duración del estudio: 4 años (01/10/2006-31/12/2010). International: no. Multicéntrico: sí, 29 centros de AP. Localización de cuidados: atención primaria. Estatus académicos: no reportado
Intervención	**Tipo de intervención**: Programa formativo (Sesiones formativos presenciales+ e-learning+ consultas simuladas+ feedbach de consultas simuladas por experto+ foro para compartir experiencias).
	Descripción de la intervención: Entrenamiento a clínicos sobre un programa de aprendizaje combinado llamado Talking Lifestyles. G**rupo de control**: atención habitual. Oferta de formación después del período de estudio. **Co-intervenciones**: No reportadas expresamente, aunque se discute si el hecho de que el reclutamiento lo realice un investigador pudiera ser considerado como co-intervención, y ser responsable de que no se encuentren diferencia
Resultados	**Resultados secundarios (aplicables a nuestra RS):** • Cambio en consumo de alcohol, referido por el paciente, a 3 y 12 meses. Se presenta el cambio en la puntuación del AUDIT-C entre la basal y los 3 y 12 meses. Se calcula la diferencia de las medias del cambio entre grupos. • Proporción de pacientes con consumo de alcohol que refieren haber hecho intento de cambio a los 3 y 12 meses. • Proporción de pacientes con consumo de alcohol que refieren haber hecho cambio duradero a los 3 y 12 meses. Los resultados se miden por cuestionario postal, a 3 y 12 meses; si no contestaban se reenviaba a 2 y 4 semanas, y se llamaba por teléfono. Se presentan los porcentajes a los 3 y 12 meses y el OR para comparar entre grupos.
Fuentes de financiación	**Financiación:** Iniciativa Nacional de Investigación Preventiva del Reino Unido (Gubernamental), apoyo de: Fundación Británica del Corazón; Cancer Research Reino Unido; Oficina Jefe de Científico, Dirección de Salud del Gobierno de Escocia; Departamento de salud; Diabetes UK; Consejo de Investigación Económica y Social; Oficina de Investigación y Desarrollo de Salud y Asistencia Social para Irlanda del Norte; Consejo de Investigación Médica; Gobierno de la Asamblea de Gales; Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer. Unidad de Ensayos de South East Wales (financiada por el Instituto Nacional de Asistencia Social e Investigación en Salud (NISCHR)) y Escuela de Investigación de AP de Gales (financiada por NISCHR) **Función del financiador:** No reportado. **Declaración de interés:** Ninguno, declarado por los autores. **Conflicto de intereses:** Ninguno, en opinión de los revisores.
Notas	**Evaluación Comité Ética:** Sí. Consentimiento de clínicos y pacientes. **Protocolo:** disponible. **Registro del Ensayo**: ISRCTN22495456 **Número de participantes por cluster**: No reportado. **Coeficiente de correlación intraclase**: reportados.

Tabla 15. Valoración del Riesgo de Sesgo estudio incluido "Butler 2013". (101)(102)

Buttler 2013		
Dominio	**Riesgo de sesgo**	**"Cita" (pag.)**
Generación de la secuencia aleatoria.	BAJO RIESGO	"La aleatorización fue llevada a cabo por el estadístico del ensayo utilizando un enfoque de asignación óptima, después de que todos los centros asignados a un bloque preespecificado hubieran dado su consentimiento, asegurando así el ocultamiento de la asignación. Se eligió este método (en lugar de asignar todos a la vez) para ajustarse al planteamiento de ir incorporando centros por fases. Los bloques posteriores incorporaron el grado de desequilibrio de los anteriores para mantener un desequilibrio a través del estudio. El primer bloque consistió en 14 centros, y los tamaños subsiguientes del bloque fueron determinados por la tasa a la que se reclutaron centros (aunque ningún bloque era más pequeño que seis)." (p. 5, Butler 2013).
Ocultamiento de la asignación	BAJO RIESGO	"La aleatorización fue llevada a cabo por el estadístico del ensayo utilizando un enfoque de asignación óptima después de que todos los centros asignados a un bloque preespecificado hubieran dado su consentimiento, **asegurando así el ocultamiento de la asignación**" (p. 5, Butler 2013).
Reclutamiento de participantes	RIESGO POCO CLARO	"Los investigadores intentaron evaluar a todos los pacientes que consultaban con los clínicos participantes, eliminando así los sesgos que pudieran surgir del reclutamiento iniciado por el clínico" (p. 8, Butler 2013). No se informa con claridad de las medidas tomadas para que el reclutamiento de pacientes se lleve a cabo sin conocer el grupo al que pertenece el médico.
Cegamiento de los participantes y personal.	RIESGO POCO CLARO	No hay información suficiente para valorarlo
Cegamiento de la evaluación de resultados. Resultados de proceso	NA	NA
Cegamiento de la evaluación de resultados. Resultados en pacientes	RIESGO POCO CLARO	No hay información suficiente para valorarlo
Características basales similares	BAJO RIESGO	"Las características basales de centros, clínicos y pacientes fueron razonablemente bien balanceadas entre grupos" (p, 8, Butler 2013).
Medidas resultados basales similares	RIESGO POCO CLARO	"El número de pacientes que resultaron elegibles durante el cribado fue similar entre ambos grupos" (tabla 3, p .14 Butler 2013). Información insuficiente para valorar este riesgo de sesgo.
Datos de resultados incompletos (grupos o individuos): Resultados de proceso	NA	NA
Datos de resultados incompletos (grupos o individuos): Resultados en pacientes	ALTO RIESGO	Para los resultados de cambio de hábito hacen un Análisis por Intención de Tratar. Se asumió que los no respondedores no hicieron cambio positivo. Para los resultados de cambio de consumo de alcohol no hacen Análisis por Intención de Tratar. A los 3 meses se pierden 105 (27.5%) en GC y 115 (32.1%) en GI. A los 12 meses se pierden 10 (2.6%) en GC y 16 (4.5%) en GI. Describen y comparan por grupo, las características de los perdidos a los 3 meses (total, no solo para los de alcohol positivo), y señalan que hay un razonable balance.
Notificación selectiva de los resultados	BAJO RIESGO	Presentan los resultados señalados objetivos, así como en el protocolo. En el registro del Ensayo solo figura el objetivo principal.
Error de unidad de análisis	BAJO RIESGO	Unidad de randomización= centros. Unidad de análisis= paciente. En estrategia de análisis tienen en cuenta el muestro por clúster.

Tabla 16. Descripción del estudio incluido "Chossis 2006". (103)

Chossis 2006	
Objetivo	**Objetivo:** Evaluar si el entrenamiento en "Intervención Breve sobre Alcohol-BAI" de los residentes aumenta el número de componentes de BAI utilizados por los residentes, y disminuye el consumo de alcohol de los pacientes. **Conclusiones:** La formación en BAI aumenta el número de pasos del BAI utilizados por los residentes, pero en promedio, los residentes formados utilizaron sólo 1 paso de BAI más que los controles. El uso más frecuente de los componentes de BAI por residentes formados no parecía sostenido con el tiempo. La segunda hipótesis, que el entrenamiento de BAI reduciría la cantidad total y la frecuencia de beber, no fue apoyada en este estudio.
Métodos	**Diseño**: Ensayo clínico randomizado por conglomerados, dos ramas (1:1). **Unidad de aleatorización**: Residentes de Atención Primaria. **Unidad de análisis:** Pacientes. Reclutados después de la aleatorización de los residentes (1 semana después de la intervención), por investigadores que desconocían el grupo al que pertenecía el residente, de forma consecutiva entre los que acudían. **Tamaño de muestra:** reportado, pero no claro. **Estrategia de análisis:** Por protocolo. Se utilizaron los test Chi-cuadrado, T-Student o U de Mann Whitney para comparar la realización de cada componente de BAI, el número de componentes BAI realizados y el uso de alcohol, entre los grupos de estudio. Ajustan por diseño muestral de conglomerados. Para el objetivo referido a la disminución del consumo se analizan todos los pacientes que continúan a los 3 meses y el subgrupo de no dependientes (no reportan datos, solo que las diferencias de consumo en este subgrupo no fueron significativas).
Participantes	**Criterios de inclusión:** **Clústers:** Todos los residentes de atención primaria de Lausana y Ginebra fueron considerados para participar en el estudio. **Pacientes:** Edad ≥ 18 años. Bebedores de riesgo de alcohol durante los últimos 12 meses, definidos como: > 14 bebidas por semana y / o > 4 bebidas por ocasión para hombres < 65 años y > 7 bebidas por semana y/o >de 3 bebidas por ocasión para mujeres y hombres >65 años *(National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. The physician´s guide to helping patients with alcohol problems. 1995. National Institutes of Health).* **Criterio de exclusión:** **Clústers:** Residentes con formación previa en BAI **Pacientes:** No ser de habla francesa.
	Centros: NA **Características**: NA.
	Profesionales: Residentes elegibles=32. **Randomizados=27(GI=14, GC=13).** Perdidos post-randomización=1. Incluidos en análisis=26 (GI=13, GC=13). **Características:** Edad (mediana; RIC): 32; 3.6 en GI y 31; 5.9 en GC. Sexo: 58.3% mujeres en GI y 64.3% en GC. Años experiencia (mediana; RIC):5; 2 en GI y 4; 2 en GC.
	Pacientes: Bebedores de riesgo durante los 12 meses. Cumplían criterios=381 (GI=183, GC=135). Entrevistados después de la consulta con residente, **N=260 (GI=135, GC=125).** Entrevistados a los 3 meses=219 (GI=115, GC=104). Entre estos, 66 eran dependientes (GI=37 y GC=29 **Características**: Número de bebidas por días bebiendo (mediana; RIC): 2; 4 en GI y 3; 2 en GC. Número ocasiones de consumo peligroso (mediana; RIC): 3; 3.7 en GI y 2; 3.2 en GC. Número medio de bebidas por semana (media; SD): 16.3; 23.3 en GI y 15.2; 19.1 en GC.
	Diferencias relevantes entre grupos: **Residentes:** En GI mayor edad, mayor experiencia y menos mujeres que en GC. **Pacientes:** señalado por autores, no diferencias relevantes en consumo de alcohol.
Ámbito	Centros universitarios que ofrecen atención ambulatoria de medicina interna/general, de los Hospitales Universitarios de Lausanna y de la Universidad de Ginebra, que

Chossis 2006	
	contienen servicios públicos de atención ambulatoria de adultos. Contexto social: Suiza, alto nivel ingresos Fechas reclutamiento: reclutamiento de pacientes: 6 meses después de la intervención educativa (1/Octubre/2003 – 30/Marzo/2004). Seguimiento: 3 meses. International: no. Multicéntrico: sí,2 centros. Localización de cuidados: atención ambulatoria. Estatus académicos: universitarios
Intervención	**Tipo de intervención**: Visitas de divulgación educativa o sesiones educativas
	Descripción de la intervención: Taller interactivo de entrenamiento sobre BAI, grupal. Dos sesiones de 4 horas cada una (total 8 horas), separadas 2 semanas. **Grupo de control**: Taller sobre manejo de lípidos. Programa didáctico tradicional de 4 horas. No se incluyeron componentes de consejo en este programa, pero los participantes del grupo de control recibieron entrenamiento de BAI después de la recolección de los datos del paciente en el seguimiento de 3 meses. **Co-intervenciones**: Todos los pacientes (GI y GC) antes de entrar a la consulta con el residente, cumplimentaron un cuestionario sobre su consumo de alcohol, y se les pidió que entregaran esta información al residente durante la visita.
Resultados	**Resultado principal:** • Porcentaje de pacientes que refieren que el residente abordó el tema del alcohol • Número de componentes de BAI (rango 0-12) abordados por el residente durante la consulta. Medidos tras la primera consulta con el residente, mediante entrevista personal con el paciente, realizada por un investigador que no conoce el grupo al que pertenece el residente. Se utilizó el cuestionario "Patient Exit Interview (PEI)" **Resultados secundarios:** • Número de bebidas por día. • Número de bebidas por semana. • Número de episodios de consumo de alcohol peligrosos por mes. Medidos a los 3 meses de la consulta con el residente, mediante entrevista telefónica al paciente, realizada por un investigador que no conoce el grupo al que pertenece el residente. Se presentan medias/medianas de los resultados a los 3 meses de la consulta con el residente.
Fuentes de financiación	**Financiación:** Swiss Research Foundation on Alcohol (Fundación Suiza de Investigación sobre el Alcohol), fundación sin ánimo de lucro. **Función del financiador:** No desempeñó ningún papel en el diseño del estudio, recogida, análisis o interpretación de datos, ni en la redacción de manuscritos. **Declaración de interés:** Ninguna, reportada por los autores. **Conflicto de intereses:** Ninguno, en opinión de los revisores.
Notas	**Aprobación Comité Ética**: Sí. No se describe si hay consentimiento informado de residentes y/o pacientes **Protocolo:** buscado por revisores, no localizado **Registro del Ensayo**: buscado por revisores, no localizado **Número de participantes por clúster**: No reportado **Coeficiente de correlación intraclase**: No reportado, aunque se relata que fue tenido en cuanta en el análisis.

Tabla 17. Valoración del Riesgo de Sesgo del estudio incluido "Chossis 2006" (103)

Chossis 2006		
Dominio	**Riesgo de sesgo**	**"Nota" (pag.)**
Generación de la secuencia aleatoria.	RIESGO POCO CLARO	"Todos los residentes de atención primaria en Lausana y Ginebra se consideraron para la participación en el estudio, pero los residentes con formación previa en BAI fueron excluidos. Todos los demás fueron asignados al azar al grupo experimental (entrenamiento BAI) o control (programa de entrenamiento didáctico tradicional sobre manejo de lípidos)." (p. 1147) No se proporciona información sobre cómo se genera la secuencia aleatoria.
Ocultamiento de la asignación	RIESGO POCO CLARO	No se proporciona información para valorar si la secuencia de aleatorización estuvo oculta.
Reclutamiento de participantes	BAJO RIESGO	"Los investigadores que reclutaban los pacientes fueron enmascarados respecto al grupo". (p. 1146).
Cegamiento de los participantes y personal. Todos los resultados	RIESGO POCO CLARO	Residentes: "Los residentes no conocían el objetivo del estudio para evitar sesgar su cumplimiento del BAI. Fueron informados de que en la sala de espera se haría un estudio con cribado de pacientes y que podrían disponer de los datos con fines de prevención. No se les informó de que el objetivo del estudio era el consejo de alcohol" (p. 1145). "Los residentes no conocían que sus habilidades en BAI serían evaluadas "(p 1146). Investigadores: "Los investigadores fueron enmascarados al grupo". (p. 1146). Pacientes: "Los pacientes fueron enmascaradas al objetivo del estudio durante el cribado, después fueron informados cuando se les invitó a tomar parte del estudio" (p.1145)
Cegamiento de la evaluación de resultados. Resultados de proceso	BAJO RIESGO	"Los investigadores fueron enmascarados respecto al grupo". (p. 1146). Todos los resultados los evalúan los investigadores, enmascarados respecto al grupo. Este dominio es igual para todas las medidas de resultados.
Cegamiento de la evaluación de resultados. Resultados en pacientes	BAJO RIESGO	"Los investigadores fueron enmascarados respecto al grupo". (p. 1146). Todos los resultados los evalúan los investigadores, enmascarados respecto al grupo. Este dominio es igual para todas las medidas de resultados.
Características basales similares	BAJO RIESGO	Residentes:"En el GI los residentes tenían una mediana de edad de 32 años (RIC=2), el 58% fueron mujeres y la media de años de experiencia en clínica fue de 5 (RIC= 2). En el GC la mediana de edad fue de 31 años (RIC=5.9), el 64.3% fueron mujeres y la mediana de años de experiencia fue de 4 (RIC 2)" (p. 1147) Pacientes: no se aporta información basal sobre los pacientes.
Medidas resultados basales similares	BAJO RIESGO	"Los datos indican que no hubo diferencias significativas entre grupos en el consumo basal: número de bebidas por día bebiendo, número de episodios de consumo intenso alcohol en últimos 30 días y número de bebidas por semana" (p.1147 y 1148)
Datos de resultados incompletos (grupos o individuos): Resultados de proceso	ALTO RIESGO	Pacientes que cumplen criterios de inclusión= 381. Pacientes incluidos que responden cuestionario a la salida de consulta= 260 (68.2%). Motivos: rechazan participar= 29 (18 en GI y 11 en GC); Perdidos tras consulta: 48 (29 en GI y 19 en GC); Otras razones: 2 (1 en GI y 1 en GC) (figura 2, p. 1146) Es posible que las pérdidas (32% para total, 35% para GI y 19.8% para GC) pueden sesgar el resultado.
Datos de resultados incompletos (grupos o individuos): Resultados en pacientes	ALTO RIESGO	Para los resultados de consumo de alcohol, a los 3 meses se pierden 20/135 (14.8%) en GI y 21/125(16.8%). Motivos: pérdida de seguimiento. (figura 2, p. 1146). Es posible que las pérdidas pueden sesgar el resultado
Notificación selectiva de resultados	RIESGO POCO CLARO	No hay protocolo ni registro de Ensayo. Se presentan resultados para todos los objetivos definidos, aunque para algunos de ellos no se exponen datos, solo comentarios (p.e valorar si se mantiene en el tiempo el número de componentes BAI que usan los residentes).
Error de unidad de análisis	BAJO RIESGO	Unidad de randomización= residentes. Unidad de análisis= paciente. "El CCI fue calculado para todas las variables. Cuando dicho CCI fue próximo a 0 no se ajustó el análisis por el efecto del cluster" (p.1147)

Tabla 18. Descripción del estudio incluido "Hilbink 2006".(104)(105)

Hilbink 2006	
Objetivo	**Objetivo:** Evaluar si una intervención multifacética (incluye actividades dirigidas al paciente, al médico y organizativas) en atención primaria, aumenta la intervención sobre pacientes con consumo de riesgo o peligroso de alcohol y disminuye su nivel de consumo. **Conclusiones:** Los resultados sugieren que la intervención ha sido contraproducente. Además, el estudio demostró que las actitudes de los pacientes hacia el consumo de alcohol son un determinante importante del éxito del programa.
Métodos	**Diseño**: Ensayo clínico randomizado por conglomerados, 2 ramas (1:1) **Unidad de aleatorización**: Centros de salud. Se invitó a participar a 2758 centros (carta personalizada a cada médico. Aceptan 82 centros (124 médicos). **Unidad de análisis:** Paciente. Reclutados antes de la intervención y después de la randomización. Entre los pacientes >18 que visitaron el centro durante 3 meses. Se entregan 10549 cuestionarios, obteniendo respuesta de 6775 (64%), de los que 457 fueron excluidos por estar incompletos. Por tanto, participaron 6318 pacientes, de los que 765 (12.2%) tenían consumo de riesgo o peligroso de alcohol, AUDIT >7 y <20. A estos pacientes les siguen 2 años. **Tamaño de muestra:** El ensayo fue diseñado para detectar una diferencia mínima del 13% entre los grupos de control y de intervención; Se anticipó que un máximo del 5% de los pacientes del grupo control y al menos el 18% de los pacientes del grupo de intervención reducirían su consumo de alcohol a niveles de riesgo más bajo. Por tanto se necesitarían 64 prácticas con al menos 10 pacientes con consumo de alcohol peligroso y perjudicial por práctica (alfa=0,05; 1-beta=0,80). Anticipando una tasa de abandono del 25% de los pacientes, el objetivo era reclutar un total de 853 pacientes con consumo de alcohol peligroso o nocivo (Hilbinck 2012, p. 714). **Estrategia de análisis**: Análisis por intención de tratar (centros y médicos analizados en los grupos a los que originalmente fueron asignados). Debido a la estructura jerárquica (paciente anidado dentro de la práctica) se realizó análisis multinivel. En este análisis se tuvo en cuenta la variabilidad asociada con cada nivel de anidación. Los análisis se realizaron utilizando SAS versión 9.2 y basado en el modelo de efectos mixtos (PROC MIXED y PROC GLIMMIX). Para comparar las tasas de cribado e intervención, se incluyeron como covariables: edad del médico al inicio y grado de participación en la intervención. Para el objetivo de estimar reducción del consumo de alcohol a un nivel de bajo se realizó un análisis logístico multinivel. Se probó la interacción con el consumo de tabaco. Se consideró que un valor de p <0,05 era estadísticamente significativo, excepto para el análisis de interacción, en el que se usó P < .10.
Participantes	**Criterios de inclusión:** **(1) Clusters:** para que un centro fuera incluido todos los médicos debían aceptar participar. **(2) Pacientes:** Edad >18 años. Puntuación AUDIT >7 y <20. **Criterio de exclusión:** **(1) Clusters:** no reportados **(2) Pacientes:** no reportados
	Centros: Centros de salud. Randomizados**, N= 82 (GI=41 y GC=41).** Después de la randomización, pero antes de la medición basal, se pierden 5 centros (1 en GI y 4 en GC). Participan **77 centros, con 119 médicos (GI= 40 centros, 63 médicos; GC=37 centros, 56 médicos).** **Características:** Referidas a 70 centros (GI=36 y GC=34). El 48% de los centros tenían 1 solo médico (40.5% en GI y 55.1% en GC; p<0.01). En relación al nivel de urbanización, el 21.5% eran ciudades grandes, >100000 habitantes, (18.8% en GI y en GC24%), el 40.2% eran ciudades,(30000-100000 habitantes, (24.6% en GI y 55.7% en GC) y el 37.9% ciudades pequeñas ,5000-30000 habitantes, (56.6% en GI y 20.2% en GC); p<0,01. [datos globales calculados por revisor]
	Profesionales: Médicos de familia **Características:** Referidas a 102 médicos (50 en GI y 52 en GC). El 66% fueron hombres (74.0% para GI y 57.7% para GC). Edad al inicio del estudio (media; SD) fue de 47.4; 7.4; (45.3; 6.9 en GI y 49.4; 7.4 en GC; p<0,05). Pacientes por médico (media; SD) fue 2146; 709 (2158; 627 en GI y 2135; 786 en GC). En cuanto a la zona: rural el 30.5% (32% en GI y 29%en GC), rural urbanizada 32.6% (36% en GI y 29% en GC), urbano 14.4% (8% en GI y 21%en GC), peqeñas ciudades 22.5% (24% en GI y 21% en GC). En cuanto al tipo de centro: solo un médico el 41.9% (36% en GI y 48% en GC), dos médicos en el 38.6% (42% en GI y 35% en GC), grupo 10% (12% en GI y 8% en GC), centro de salud el 7.1% (10% en GI y 4% en GC) y otro el 2.9% (0% en GI y 6% en GC). Horas de formación sobre alcohol previo al estudio (media; SD) 0.4; 0.8, (0.5; 1.1 en GI y 10.4; 1 en GC). Pacientes incluidos en riesgo 12.2% (12.7% en GI y 11.6% en GC). [datos globales calculados por revisor] Se compararon las características de los centros que participan con los que no participan, observando diferencias en el tipo de centro, con más médicos entre los que no participan.

Hilbink 2006	
	Pacientes: Sujetos >18 años con AUDIT >7 y <20. Total pacientes, N=765 (12.2%) (GI=369 (12.7%) y GC=396 (11.6%). **Características**: Referidas a 712 pacientes con consumo de riesgo (346 en GI y 366 en GC). Edad (media; SD) 47; 16.4 (46.0; 16.6 en GI y 49.0; 16.0 en GC; p=0.02). 69.7% de hombres (68.1% en GI y 71.3% en GC).El 20.2% viven solos (18.4% en GI y 22.2% en GC). Nivel de educación (básico/intermedio/alto) el 21.9%/45.4%/32.6% (22.1%/45.3%/32.6% en GI y 21.8%/45.5%/32.7% en GC). Fumadores el 35.4% (40.9% en GI y 29.5% en GC; p<0.01). Presencia de enfermedad crónica somática en el 68.1% (65.9% en GI y 70.5% en GC). Presencia de comorbilidad psiquiátrica en el 18.3% (19.7% en GI y 16.9% en GC). Presencia de ámbas comorbilidades en el 13.6% (14.5% en GI y 12.6% en GC). Actitudes hacia el uso de alcohol: menor uso de alcohol mejora la salud 84.9% (85.19% en GI y 84.8% en GC); menor uso de alcohol no es agradable el 53.4% (53.8% en GI y 28.4% en GC); menor uso de alcohol complica el relax el 41.2% (14.9% en GI y 12.7% en GC). Importancia del cambio en el consumo de alcohol (importante/neutro/poco importante): 13.8% / 45.4% / 40.7% (14.9%/ 42.1% / 43.0% en GI y 12.7% / 49.0% / 38.3% en GC) [datos globales calculados por revisor]
	Diferencias relevantes entre grupos: Centros: más frecuentes centros con un solo medico en GC y mayor nivel de urbanización en GI. Médicos: mayor edad en GC. Pacientes: mayor edad y menor porcentaje de fumadores en el GC.
Ámbito	Centros de salud de Holanda Contexto social: Holanda, alto nivel ingresos Fechas reclutamiento: no reportadas. Intervención: octubre 2006 - mayo 2007. Fecha inicio estudio: Julio 2005. Fecha final: Abril 2009 International: no. Multicéntrico: sí,77 centros. Localización de cuidados: atención primaria. Estatus académicos: no reportado
Intervención	**Tipo de intervención**: Multifactorial, incluye actividades organizativas, actividades dirigidas a profesionales (adaptadas a sus necesidades) y actividades dirigidas a pacientes
	Descripción de la intervención: Sobre médicos: distribución de recomendaciones y material para pacientes, sesiones educativas y visitas de apoyo, adaptadas a las necesidades y actitudes de los participantes. **Sobre pacientes**: envío de carta para informarles de su categoría de consumo de alcohol y el consejo correspondiente. **Organizativas**: cooperación con servicios locales de adicción, para apoyo y derivaciones, envío informe feebach sobre consumo pacientes del centro **Grupo de control**: a los médicos del grupo control se les enviaron por correo las recomendaciones y las cartas de información del paciente sobre el consumo problemático de alcohol (esto puede considerarse como atención habitual), y este grupo no recibió más apoyo ni capacitación. Por razones éticas, sus pacientes también recibieron información personal sobre el consumo de alcohol en mayo de 2007. **Co-intervenciones**: no reportadas
Resultados	**Resultados principales:** 1. Tasa de cribado. Proporción de pacientes con AUDIT >7 y <12 que fueron cribados 2. Tasa de consejo. Proporción de pacientes con AUDIT >7 y <12 que fueron asesorados • Porcentaje de pacientes con AUDIT >7 y <12 que reducen su nivel de consumo, a los 2 años. La tasa de cribado y de consejo se midió a través de los registros de la Historia Clínica, en 3 periodos: 12 meses pre-intervención, durante la intervención y a los 12 meses post-intervención. Estos resultados los presentan en gráfico, no dan los datos. Comentan que en el periodo de la intervención, en el GI se obtuvo mejora absoluta de 5% para cribado y 2% para consejo, y en el GC disminución absoluta de 3%, tanto para cribado como para consejo. Cambios no significativos. Para el resultado " porcentaje de pacientes que disminuyen su consumo a menor nivel de riesgo" se calculó comparando los datos del AUDIT basal y a los 2 años.
Fuentes de financiación	**Financiación:** Radboud University (universidad pública). Organización Holandesa de Investigación y Desarrollo en Salud (ZonMw) (responsabilidad del Ministerio de Educación, Cultura y Ciencia de Holanda). **Función del financiador:** no reportada. **Declaración de interés:** Ninguno, declarado por autores. **Conflicto de intereses:** Ninguno, en opinión de los revisores.
Notas	**Evaluación Comité Ética:** Sí. Consentimiento informado para todos los participantes. **Registro de ensayo clínico:** ClinicalTrials.gov Identifier: NCT00298220 **Protocolo:** buscado por revisores, no localizado **Número de participantes por cluster**: no reportados **Coeficiente de correlación intraclase**: reportados.

Tabla 19. Valoración del Riesgo de Sesgo del estudio incluido "Hilbink 2006". (104)(105)

Hilbink 2006		
Dominio	**Riesgo de sesgo**	**"Nota" (pag.)**
Generación de la secuencia aleatoria.	BAJO RIESGO	"Los centros incluidos fueron asignados al azar utilizando un esquema computarizado con igual tamaño para GI y GC. La aleatorización se realizó en dos momentos: después de las dos primeras ondas de reclutamiento y de nuevo después de la tercera ola" (p. 1602 van Beurden).
Ocultamiento de la asignación	RIESGO POCO CLARO	No aportan información para valorar si se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización
Reclutamiento de participantes	RIESGO POCO CLARO	El reclutamiento de pacientes se hizo después de la randomización. No se informa quien lo realizó y si estuvo enmascarado respecto al grupo al que pertenecía el centro.
Cegamiento de los participantes y personal. Todos los resultados	ALTO RIESGO	Médicos: si conocen el grupo al que pertenece su centro. Pacientes: no saben si el centro es del GI o GC. Investigadores: si conocen el grupo al que pertenece cada centro
Cegamiento de la evaluación de resultados. Resultados de proceso	NA	NA
Cegamiento de la evaluación de resultados. Resultados en pacientes	ALTO RIESGO	Los resultados de consumo se miden con el AUDIT. Realizado por los investigadores, que sí conocen a qué grupo pertenece el centro.
Características basales similares	ALTO RIESGO	Centros: En el GC son más frecuentes los centros con un médico. El nivel de urbanización fue mayor en el GI. Profesionales: Los médicos del grupo control tenían mayor edad que los del grupo intervención. Pacientes: Los pacientes del grupo control tenían mayor edad y menor porcentaje de fumadores que los del grupo intervención.
Medidas resultados basales similares	RIESGO POCO CLARO	No se aporta información
Datos de resultados incompletos (grupos o individuos): resultados de proceso.	NA	En objetivos se describen como medidas resultados la tasa de cribado y de consejo, pero no se presentan los resultados.
Datos de resultados incompletos (grupos o individuos): Resultados en pacientes	ALTO RIESGO	"Se perdió un número sustancial de pacientes en el seguimiento, pero no se encontró que los pacientes perdidos en el seguimiento difirieran notablemente entre los pacientes con consumo de riesgo o dañino de alcohol. Por lo tanto, el sesgo debido a la pérdida de seguimiento parecía no haber desempeñado un papel importante en nuestro estudio" (p. 719 Hilbink) Centros: se pierden 5 centros después de la randomización (1 en GI y 4 en GC). Pacientes: A los 2 años se pierden 129 pacientes (37.3%) en GI y 117 (31.9%) en GC.
Notificación selectiva de los resultados	ALTO RIESGO	No presentan todos los resultados señalados en el registro del Ensayo. Tampoco coinciden los periodos de evaluación de los resultados señalados en registro y publicaciones. En una de las publicaciones los resultados principales solo se muestran en gráfico
Error de unidad de análisis	BAJO RIESGO	Unidad de randomización= centro. Unidad de análisis= paciente. En estrategia de análisis tienen en cuenta el muestro por clúster.

Tabla 20. Descripción del estudio incluido "Kaner 2003". (64)

Kaner 2003	
Objetivo	**Objetivo:** Este ensayo evaluó el impacto clínico y la rentabilidad de las estrategias de promoción de la detección y la breve intervención del alcohol (SBI) por enfermeras en atención primaria **Conclusiones:** Las enfermeras que recibieron recomendaciones escritas eran menos propensas a comenzar el SBI que las enfermeras que recibieron entrenamiento, con o sin apoyo adicional. Sin embargo, hubo un trade-off entre la extensión y adecuación de la intervención breve. Así, los controles mostraron el manejo más apropiado del paciente.
Métodos	**Diseño**: Ensayo clínico randomizado por conglomerados, 3 ramas (1:1:1) **Unidad de aleatorización**: Centro. Parten de 312 centros de siete distritos sanitarios del norte de Inglaterra, que habían participado en un estudio previo de los autores (estudio WHO) sobre estrategias de implementación dirigidas a médicos. Estos centros estaban previamente randomizados: control= 104, capacitación= 104 y capacitación más apoyo= 104. De ellos se consideran elegibles 270 y aceptan participar 212 (79%); **Unidad de análisis:** Centro para resultados principales y pacientes para secundarios. **Tamaño de muestra:** Basado en los resultados de un estudio previo sobre médicos, con tasas de implementación del 56% en el grupo que recibió capacitación y 44% en el control, donde en cada centro se cribó una media 38 pacientes en 3 meses. Dado que las enfermeras trabajan a jornada partida, asumimos que pueden cribar la mitad de ese número. CCI= 0.064. Para detectar dicha diferencia (44% a 56%), con una potencia del 85% y un error alfa del 5%, se necesitan 68 centros por grupo. **Estrategia de análisis:** Análisis por intención de tratar. Se utilizaron pruebas no paramétricas (los datos no se ajustaban a la distribución normal). Para comparar los resultados entre los grupos se utilizaron Chi-cuadrado, Test exacto de Fisher y Kruskal-Wallis. Nivel de significación del 5%.
Participantes	**Criterios de inclusión:** **(1) Clusters:** centros con al menos una enfermera que no vaya a estar fuera del centro más de 2 semanas durante el estudio. **(2) Pacientes:** > 16 años **Criterio de exclusión:** **(1) Clusters:** no reportados **(2) Pacientes:** no reportados
	Centros: centros de salud. Total, N= 212 (control= 76, capacitación= 68 y capacitación más apoyo= 68. **Características**: El 74% fueron centros con varios profesionales, con una media de 3 médicos (SD=2) y una media de tamaño de cupo de 5810 pacientes (SD= 3640). El 52% eran urbanos y el 23% mixtos. No se presentan estas características por rama del estudio.
	Profesionales: Enfermeras y recepcionistas. No reportan número total ni por rama del estudio **Características:** 99% inglés como primera lengua, edad media de 45 años (SD=8) y tiempo medio en el centro de 11 (SD=6).El 64% tenían < 4 horas de formación previa sobre el tema del alcohol. El 60% referían actitudes positivas hacia la investigación y el 24% muy positivos. No se presentan estas características por grupo de estudio.
	Pacientes: **Características**: no reportados
	Diferencias relevantes entre grupos: Hubo una diferencia entre los grupos de intervención en la implicación de los recepcionistas (p = 0,045). Los controles involucraron a las recepcionistas con más frecuencia (31%, n = 9) que centros con entrenamiento (10%, n = 5) o con entrenamiento + apoyo (15%, n = 7). La ayuda de los recepcionistas aumentó significativamente la mediana del número de pacientes examinados (p <0,001)

Kaner 2003	
Ámbito	Centros de Salud de siete distritos sanitarios del norte de Inglaterra Contexto social: Inglaterra, alto nivel económico. Fechas Reclutamiento: 1997-2000 International: No. Multicéntrico: Sí, 312 centros Localización de cuidados: atención primaria. Estatus académicos:
Intervención	**Tipo de intervención**: Visitas de divulgación educativa+ apoyo telefónico
	Descripción de la intervención: 1. **Entrenamiento:** Las enfermeras recibieron el programa SBI durante una visita en el centro de salud cuando ellas ya habían experimentado con el programa (tiempo medio: 34 min, DE=13). 2. **Entrenamiento + apoyo:** Al igual que en el grupo 1, las enfermeras recibieron el programa SBI durante una visita en el centro de salud cuando ellas ya habían experimentado con el programa (tiempo medio: 33 min, DE=10) y recibieron un entrenamiento similar. Posteriormente, recibieron dos llamadas telefónicas semanales para apoyar y aconsejar sobre SBI. Las llamadas se utilizaron para resolver dudas o problemas surgidos durante SBI. **Control:** Los centros recibieron el programa SBI y una carta dirigida a las enfermeras en la que se relacionaban las guías de implementación. Aseguraron que las enfermeras seleccionadas recibían el envío. **Co-intervenciones**: no reportadas
Resultados	**Resultado principal:** • Número de pacientes cribados, por enfermera • Número de pacientes con cribado positivo que reciben intervención breve, por enfermera **Resultado secundario:** • Adecuación/ precisión de la intervención (porcentaje de pacientes en los que se sigue el protocolo, BAI para cribado positivo) Medición de resultados mediante cuestionarios (material de SBI) cumplimentados por el clínico, anónimos, identificados por código de centro. El grupo investigador recogió copia de todos los cuestionarios realizados durante 3 meses, y sobre él identificó a los sujetos bebedores de riesgo y a los que recibieron la intervención breve.
Fuentes de financiación	**Financiación:** Programa Regional del NHS (NHS R&D). Departamento de salud, Inglaterra. (http://www.doh.gov.uk) **Función del financiador:** no reportado **Declaración de interés:** no reportado por autores **Conflicto de intereses:** ninguno, juzgado por revisores
Notas	**Evaluación Comité Ética:** Sí. No se reporta uso de consentimiento informado. **Protocolo:** no disponible **Registro del Ensayo**: ISRCTN67214289. Publicado retrospectivamente **Número de participantes por cluster**: NA **Coeficiente de correlación intraclase**: NA

Tabla 21. Evaluación del riesgo de sesgo del estudio incluido "Kaner 2003". (64)

Kaner 2003		
Dominio	**Riesgo de sesgo**	**"Nota" (pag.)**
Generación de la secuencia aleatoria.	BAJO RIESGO	"La randomización se realizó utilizando un programa (SPSS 7.5) para generar números aleatorios" (p. 278)
Ocultamiento de la asignación	RIESGO POCO CLARO	No se aporta información para valorar este dominio.
Reclutamiento de participantes	RIESGO POCO CLARO	"Los centros se reclutaron antes de la randomización" (p.278) No se aporta información para valorar este dominio.
Cegamiento de los participantes y personal. Todos los resultados	RIESGO POCO CLARO	No se aporta información para valora este dominio.
Cegamiento de la evaluación de resultados. Resultados de proceso	NA	NA
Cegamiento de la evaluación de resultados. Todos los resultados	RIESGO POCO CLARO	No se aporta información para valora este dominio.
Características basales similares	RIESGO POCO CLARO	No se aporta información para valora este dominio. No se describen las características de centros ni enfermeras por rama. Se expone una diferencia en relación a la participación de recepcionistas junto con enfermeras por rama del estudio. El efecto de esta situación sería aumentando resultados en grupo control. "Hubo una diferencia entre los grupos de intervención en la implicación de los recepcionistas (p = 0,045). Los controles involucraron a las recepcionistas con más frecuencia (31%, n = 9) que centros con entrenamiento (10%, n = 5) o con entrenamiento + apoyo (15%, n = 7). La ayuda de los recepcionistas aumentó significativamente la mediana del número de pacientes examinados (p <0,001)" (p. 281)
Medidas resultados basales similares	RIESGO POCO CLARO	No se aporta información para valora este dominio.
Datos de resultados incompletos (grupos o individuos): resultados de proceso.	BAJO RIESGO	"Análisis por intención de tratar" (p. 278)
Datos de resultados incompletos (grupos o individuos): resultados en paciente	NA	NA
Notificación selectiva de los resultados	RIESGO POCO CLARO	No localizado protocolo. Si localizado registro de ensayo, cumplimentado después de realizar el estudio.
Error de unidad de análisis	BAJO RIESGO	Para objetivos principales la unidad de randomización y de análisis es el centro. Para objetivo secundarios (adecuación de la intervención) la unidad de análisis es el paciente, y no se tiene en cuanto el diseño de clúster.

Tabla 22. Descripción del estudio incluido "ODHIN 2014"(110)(109)(106)(108)

http://www.odhinproject.eu

ODHIN 2014	
Objetivo	**Objetivo:** Evaluar si la formación y el apoyo, el reembolso económico y la opción de derivar a los pacientes a un método de asesoramiento basado en Internet (eBI) pueden incrementar la realización en AP de cribado de alcohol con AUDIT-C y la intervención sobre los bebedores excesivos. **Conclusiones:** Proporcionar a las unidades de APformación, apoyo e incentivos económicos aumenta el cribado del consumo de alcohol. Proporcionar a las unidades de AP con la opción de derivar a los pacientes a una intervención on-line no parece aumentar el cribado de consumo de alcohol.
Métodos	**Diseño**: Ensayo clínico randomizado por conglomerados, 2x2x2 factorial, abierto con 12 semanas de aplicación y período de medición. **Unidad de aleatorización**: Unidades de Atención Primaria/Centros de Salud. Se contactó con 618 centros de 5 países (Cataluña, Inglaterra, Países Bajos, Polonia y Suecia) para alcanzar el tamaño de muestra de 120 centros. Se asignaron a 8 grupos de igual tamaño. En cada país, 24 centros, 3 por grupo de asignación. Tasa global de reclutamiento 19.4%, (Cataluña 65%, Inglaterra 7%, Países Bajos 7%, Polonia 46% y Suecia 24%). El reclutamiento de centros previo a la randomización. **Unidad de análisis:** Unidades de AP/Centros de Salud **Tamaño de muestra:** Se estimó que se necesitarían 56 centros (7 por cada uno de los 8 grupos de asignación) con un mínimo de 1.000 pacientes adultos por mes, con un 80% de probabilidad de detectar un aumento en la proporción de pacientes cribados del 8% al 12% (CCI = 0,029) y que se necesitarían 120 centros (15 por cada uno de los 8 grupos de asignación) para un 80% de probabilidad de detectar un aumento en la proporción de pacientes adultos que recibieron una intervención del 4% al 6% (CCI=0,029) (alfa =0,05). Como el país fue criterio de estratificación, cada país incluyó un mínimo de 24 centros. **Estrategia de análisis**: Análisis por intención de tratar. El resultado principal se analizó con un modelo lineal generalizado, incorporando como covariables las mediciones basales. El cribado y la intervención breve se midieron en dos momentos: período basal a lo largo de 4 semanas y durante el período de intervención de 12 semanas, utilizando formularios en papel completados por los proveedores, con excepción de Cataluña (explotación de datos de historia clínica electrónica), en el que se registraban las respuestas, la puntuación del AUDIT-C, y se señalaba que tipo de consejo (consejo oral, folleto de asesoramiento, remisión al programa e-BI o remisión para asesoramiento a otro proveedor dentro o fuera del centro) . 1 centro abandonó el estudio después de la medición basal, se le asignaron como medidas resultados durante el periodo de implementación de 12 semanas los datos basales.
Participantes	**Criterios de inclusión:** **(1) Clusters:** Centros de AP de aproximadamente 5.000 a 20.000 pacientes adscritos, situados en España, Polonia, Suecia, Inglaterra o Países Bajos **(2) Pacientes:** Edad ≥18 años. Asistieron a los centros incluidos. **Criterio de exclusión:** **(1) Clusters:** Centros que están participando en proyectos sobre el alcohol, relacionados con el cribado y la intervención breve, que involucran a médicos y/o enfermeras y que incluyen alguna de las estrategias de implementación del presente estudio. **(2) Pacientes:** no reportados
	Centros: Centros de Atención Primaria, N= 120 (Formación y apoyo= 15; Incentivos económicos= 15; eBEI= 15 centros; Formación y apoyo+incentivos económicos= 15; Formación y apoyo+eBAI= 15; Incentivos económicos+eBAI= 15; Formación y apoyo+incentivos económicos+eBAI=15; control=15) **Características:** Durante el período basal de 4 semanas, la media de la proporción de pacientes cribados por centro fue 0,059 (IC del 95%: 0,034 a 0,084); la media de la proporción pacientes positivos aconsejados por centro fue 0,737 (IC del 95%: 0,606 a 0,868); y la media de la proporción de pacientes que recibieron intervención fue 0,011 (IC del 95%: 0,005 a 0,017).
	Profesionales: 746: Médicos (55%), enfermeras (38%), asistentes de prácticas (7%), que trabajan de forma estable en los centros y que participen en actividades preventivas y/o asistenciales. **Características**: Datos basales globales para los 746 profesionales participantes. Sexo: 74, 9% mujeres. Edad (media; SD): 47,0; 9,4 años. Ocupación: 54,7% médicos, 37,8% enfermeras, 5,1% asistentes de práctica, 2,3% otras. Seguridad en el papel (puntuaciones 4-28) (media; SD): 21.0; 3.5. Tipo de centro: 21.1% de los centros y 9.7% de los profesionales en centros "solo"; 10.5% de los centros y 9.0% de los profesionales en centros "duo"; 19.2% de los centros y 17.7% de los

ODHIN 2014	
	profesionales en centros "grupo"; 48.3% de los centros y 63.7% de los profesionales en clínicas de salud. Compromiso terapéutico (puntuación 4-42) (media; SD): 27,2; 4,7 SD. No se observaron diferencias basales en las características de los proveedores entre ninguno de los ocho grupos de asignación; Sin embargo, el tipo de centro, el número de pacientes registrados en el centro y el número de consultas de pacientes adultos por proveedor se correlacionaron significativamente entre sí
	Pacientes: Edad ≥18 años. Que acudían a consulta por cualquier motivo. **Características**: El número medio de pacientes registrados en cada centro fue de 10.000. Hubo una media de 1500 consultas de adultos (edad ≥18 años) por centro durante el período basal de 4 semanas, edad media 53 años (DE = 6), de los cuales el 55% eran hombres.
	Diferencias relevantes entre grupos: No reportadas
Ámbito	Centros de salud de 5 zonas europeas Contexto social: Cataluña, Inglaterra, Países Bajos, Polonia y Suecia, todos alto nivel económico. Fechas: Duración del estudio**:** 3 años (2012-2014). Intervención: Noviembre 2012- Junio 2013**.** International: Sí. Multicéntrico: sí,120 centros. Localización de cuidados: atención primaria. Estatus académicos: no reportado
Intervención	**Tipo de intervención**: Intervención multifacética que incluye estrategias dirigidas al profesional (Visitas de divulgación educativa, adaptadas a las necesidades de los participantes) organizativas (herramienta informática para Intervención Breve) y financieros (incentivos económicas).
	Descripción de la intervención: 1.- Formación y apoyo. 2. Incentivos económicos. 3. E-SBI: cribado e intervención breve on-line **Grupo de control**: Entrega de material escrito con resumen de las recomendaciones, sin demostración. **Co-intervenciones**: hoja de registro para medir el AUDIT-C incluyó las opciones para dar consejos. En sí mismo, se trata de una intervención organizativa para apoyar el comportamiento de los proveedores, que, aunque es igual en todos los grupos de intervención, probablemente condujo a las altas tasas de asesoramiento para los pacientes con cribado positivo (74%).
Resultados	**Resultado principal:** • Proporción de pacientes elegibles cribados **Resultados secundarios:** • Proporción de pacientes con cribado positivo que son aconsejados • Proporción de pacientes en los que se interviene Cribado positivo con AUDIT-C: ≥5 en Cataluña e Inglaterra; ≥5 en hombres y ≥4 en mujeres, en Polonia, Suecia y Países Bajo. Se considera que se ha aconsejado si el paciente con AUDIT-C positivo recibe uno o más de: consejos orales, folleto de asesoramiento, referencia al programa eBI o referencia para asesoramiento a otro proveedor dentro o fuera del centro. Se considera que se ha intervenido si el paciente ha sido cribado y en caso positivo, aconsejado. Medición de resultados en 5 momentos: basal (4 semanas en el tercer mes antes del inicio del estudio), durante la intervención (3 bloques consecutivos de 4 semanas durante el período de intervención de 12 semanas) y en el seguimiento (4 semanas durante el sexto mes después intervención). Estos últimos referidos en informe del proyecto, no en publicación
Fuentes de financiación	**Financiación:** 7º programa marco **Función del financiador:** no reportada. **Declaración de interés:** Uno de los autores es copropietario de una empresa privada que desarrolla y distribuye aplicaciones e-BI como la utilizada en este estudio en Suecia. Varios autores han recibido subvenciones de viaje, honorarios y becas de viaje empresas farmacéuticas. Señalan que esto no ha influido. Uno de los autores ofrece consultoría privada a una empresa farmacéutica y a "Safe Sensible London Partnership" (gobierno) sobre el tema del cribado e intervenciones breves, siendo el principal asesor médico de la organización benéfica del Reino Unido, Drinkaware. **Conflicto de intereses:** Ninguno, en opinión de los revisores.
Notas	**Evaluación Comité Ética:** Sí. Consentimiento firmado para los profesionales participantes. **Registro de ensayo clínico:** ClinicalTrials.gov: NCT01501552; Post-resultados **Protocolo:** Sí **Número de participantes por cluster**: no reportado **Coeficiente de correlación intraclase**: NA

Tabla 23. Valoración del Riesgo de Sesgo del estudio incluido "ODHIN"
(110)(109)(106)(108)(107)

ODHIN		
Dominio	**Riesgo de sesgo**	**"Nota" (pag.)**
Generación de la secuencia aleatoria.	BAJO RIESGO	"Los centros fueron asignados aleatoriamente a uno de los ocho grupos por el centro coordinador de ODHIN en Barcelona, utilizando la asignación al azar automatizada de Microsoft Office Excel. La asignación aleatoria estratificada por país se utilizó para asegurar un número igual de 15 centros por cada uno de los 8 grupos (tres centros por grupo y país)" (p. 1938, Anderson 2016).
Ocultamiento de la asignación	BAJO RIESGO	"La asignación aleatoria de los centros tuvo lugar tras la confirmación del centro para participar" (p. 1938, Anderson 2016). "Aunque los centros fueron randomizados antes de la medición basal, el equipo de investigación en cada uno de los países y los centros fue informado de la rama después de la recogida de la medición basal, para evitar sesgos. Durante el resto del período de estudio, los centros y los investigadores no estuvieron enmascarados" (p. 5, Keurhorst 2016)
Reclutamiento de participantes	BAJO RIESGO	"La asignación aleatoria de los centros tuvo lugar tras la confirmación del centro para participar" (p. 1938, Anderson 2016). Reclutamiento de centros previo a la randomización.
Cegamiento de los participantes y personal. Todos los resultados	ALTO RIESGO	"El equipo de investigación en cada uno de los países y los centros solo fueron informados de la rama después de la recogida de la medición basal, para evitar sesgos. Durante el resto del período de estudio, los centros y los investigadores no estuvieron enmascarados" (p. 5, Keurhorst 2016)
Cegamiento de la evaluación de resultados. Resultados de proceso	ALTO RIESGO	"Se utilizaron unos formularios papel, cumplimentados por los proveedores, que no estuvieron enmascarados respecto al grupo de estudio (excepto en Cataluña, que utilizaron explotación de historia clínica informática" (p. 4, Keurhorst 2016)
Cegamiento de la evaluación de resultados. Resultados en pacientes	NA	NA
Características basales similares	BAJO RIESGO	" No se observaron diferencias en las características basales en las características de los proveedores" " (pié de Tabla 1, p. 5, Keurhorst 2016)
Medidas resultados basales similares	RIESGO POCO CLARO	No se aporta información para valorar este dominio
Datos de resultados incompletos (grupos o individuos): Resultados de proceso	BAJO RIESGO	"1 centro abandonó el estudio tras la randomización, después de la medición basal, y se le asignaron los datos basales como medidas resultados durante el periodo de implementación de 12 semanas" (p. 1937-1938, Anderson 2016)
Datos de resultados incompletos (grupos o individuos): Resultados en pacientes	NA	NA
Notificación selectiva de los resultados	RIESGO POCO CLARO	Protocolo y registro de Ensayo disponibles. El registro se hizo post-resultados.
Error de unidad de análisis	BAJO RIESGO	La unidad de randomización y de análisis es el centro.

Tabla 24. Descripción del estudio incluido "Saitz 2003" (111)

Saitz 2003	
Objetivo	**Objetivo:** Evaluar si proporcionar a los médicos los resultados del cribado de alcohol de los pacientes y las recomendaciones individualizadas afectaría la probabilidad de que un médico discuta con los pacientes sobre el alcohol durante una visita de atención primaria, y si ello afectaría al consumo de bebida.
	Conclusión: El efecto observado difiere según entrenamiento de los médicos (facultativo vs residente). Para los resultados sobre la percepción de los pacientes, entre los facultativos, se observó un aumento no significativo de la discusión, consejo y asesoramiento en el GI. Para los resultados de consumo, entre los residentes el consumo de alcohol fue menor en el GI (no significativo).
Métodos	**Diseño**: Ensayo clínico randomizado por conglomerados, 2 ramas (1:1), estratificado por por nivel de entrenamiento (residente o facultativo). **Unidad de aleatorización**: Médicos. De los 82 médicos del centro, 76 (93%) devolvieron la encuesta; 50 suficientemente completas y cumplían criterios de inclusión (tamaño de cupo e intención de permanecer en el centro). Inicialmente, 40 de los 50 médicos randomizados fueron seleccionados al azar para participar. Durante el estudio, 6 médicos no tenían pacientes incluidos después de 6 -9 meses, por lo que se incluyeron 7 de los 10 médicos elegibles que previamente fueron asignados al azar pero que no participaron inicialmente. **Unidad de análisis:** Paciente. Reclutados después de la randomización de los médicos. El equipo investigador cribó 4143 pacientes para identificar los consumidores peligrosos. 565 (14%) fueron elegibles y se incluyeron 312 (55%). **Tamaño de muestra:** Se estimó que con 20 médicos por grupo y aproximadamente 10 pacientes por médico, el estudio tendría una potencia del 80% (dos colas 0,05) para detectar un aumento del 50% en el asesoramiento desde el 33% y una disminución de 1,3 bebidas por día de consumo **Estrategia de análisis**: Análisis por intención de tratar (los médicos fueron analizados en los grupos a los que fueron aleatoriamente signado). Se utilizaron ecuaciones de estimación generalizadas (GEE) para ajustar para la agrupación de pacientes por médico (PROC GENMOD, SAS software, versión 8.1). Se ajustó por covariables del médico y del paciente. Las covariables importantes se determinaron por significación estadística (diferencias entre los médicos de intervención y de control y características de los pacientes asociadas con la pérdida de seguimiento) e importancia clínica (el médico tenía un problema de alcohol o drogas; edad del paciente, sexo, raza, educación, problemas de alcohol y comorbilidad médica, y si el paciente había conocido al médico antes de la visita actual). Debido a que la aleatorización fue estratificada, se probó la interacción entre el grupo de asignación al azar y el nivel de entrenamiento del médico y se mantuvo esta interacción si el valor de "p" fue inferior a 0,10. Los modelos para los resultados del consumo de alcohol también se ajustaron para las bebidas basales por día de consumo; También se exploró la adición de más confusores potenciales al modelo para el consumo de alcohol.
Fuentes de financiación	**Financiación:** Varias organizaciones gubernamentales y sin ánimo de lucro: The Robert Wood Johnson Foundation, The National Heart, Lung, and Blood Institute of the National Institutes of Health (NIH), Clinical Research Curriculum Award, Center for Substance Abuse Prevention of the Substance Abuse and Mental Health Services Administration, NIH National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIH National Institute on Drug Abuse. **Función del financiador:** Ningún papel en el diseño del estudio, recogida, análisis e interpretación de los datos, ni en la decisión de remitir para su publicación. **Declaración de interés:** Ninguno, declarado por autores. **Conflicto de intereses:** Ninguno, en opinión de los revisores.
Participantes	**Criterios de inclusión:** (**1) Clusters:** Médico o residente del centro de salud. (**2) Pacientes:** Consumidores peligrosos de alcohol en el momento del estudio, definidos como haber consumido alcohol en el último mes y alguno de los siguientes: CAGE ≥1 (modificado para hacer referencia al año previo) o bebieron cantidades peligrosas en el mes pasado (hombres: ≥4 bebidas estándar por ocasión o ≥14 por semana; mujeres: ≥3 bebidas estándar por ocasión o ≥7 por semana, en los 30 días previos. **Criterio de exclusión:** **(1) Clusters:** El autor del estudio. Los médicos que vieron menos de 80 pacientes en los 3 años previos o que tuvieran previsto no continuar en el centro los próximos 6 meses. (**2) Pacientes:** No hablar inglés o español.
	Centros: NA **Características:** NA

Saitz 2003	
	Profesionales: Médicos**, N=41 (20 GI y 21 CG).** Por estrato: Facultativos, N=22 (10 GI y 12 GC) y Residentes, N=19 (10 GI y 9 GC). **Características:** 50% hombres (40% GI y 71% GC, p=0,06). Edad, media (SD no reportada): 34 años (34 en GI y 35 en GC). Número de pacientes incluidos, media (SD): 7.6 (6.8); (8.4 (8.2 en GI y 6.9 (5.2 en GC). El 66% blancos (70% en GI y 62% en GC). Formación, 46 % residentes (50% en GI y 43% en GC). [datos globales calculados por revisores]. No se encontraron diferencias en las actitudes hacia los pacientes con adiciones, satisfacción con el manejo de estos pacientes y utilización de cribado e intervención (datos no mostrados)
	Pacientes: pacientes con consumo peligroso de alcohol, **N=312 (168 en GI y 144 en GC)** **Características**: Edad, media (SD): 43 (13) años (43.7 (13) GI y 42.2 (13) GC). Tiempo de residencia en USA (media y SD): 35.9 (12.7) años (39.7 (15.9) en GI y 31.4 (18) en GC).63% hombres (57% GI y 71% GC, p<0,05). Raza (negros/ blancos/latinos): 56% (63% en GI y 48% en GC)/19% (20% en GI y 18% en GC)/ 16% (10% en GI y 24% en GC), p<0.05. 63% con nivel de educación alto (62% en GI y 65% en GC). 68% con algún problema con el alcohol (68% en GI y 68% en GC). 51% con comorbilidad (57% en GI y 43% en GC). 40% desempleados (40% en GI y40% en GC). Número de bebidas/día, media (SD): 5.6 (4.8), (5.6 (5.3) en GI y 5.5 (4.2) en GC). Dependencia al alcohol, media (SD): 7.5 (7.2) (7.5 (7.8) en GI y 7.4 (7.0) en GC). [datos globales calculados por revisores]
	Diferencias relevantes entre grupos: Médicos: mayor porcentaje de hombres en GC. Pacientes: mayor porcentaje de hombres, de latinos y menos años en USA en GC.
Ámbito	Clínica urbana de atención primaria (Boston, EE.UU) Contexto social: EEUU, alto nivel económico. Fechas: Inicio julio 1997. Reclutamiento de pacientes entre febrero 1998 y agosto 1999. Duración del seguimiento 6 meses International: No Multicéntrico: No. Localización de cuidados: atención primaria. Estatus académicos: clínica universitaria
Intervención	**Tipo de intervención**: Intervención mediada por el paciente
	Descripción de la intervención: Facilitar al médico los resultados del cribado del consumo de alcohol del paciente previo a la consulta, junto con recomendaciones individualizadas para su manejo. **Grupo de control**: Práctica habitual **Co-intervenciones**: no reportadas.
Resultados	**Resultado principal:** 3. Porcentaje de pacientes que refieren haber recibido discusión sobre el alcohol en la consulta con el médico 4. Porcentaje de pacientes que refieren haber recibido consejo en la consulta con el médico 5. Porcentaje de pacientes que refieren haber recibido asesoramiento en la consulta con el médico Estos resultados se midieron inmediatamente después de la consulta, mediante entrevista con paciente realizada por los investigadores. • Consumo de los 30 días previos: Número de bebidas/día Este resultado se mide a los 6 meses de la consulta, mediante llamada telefónica al paciente realizada por los investigadores, sin conocer el grupo al que pertenecía el paciente. Todos los resultados se presentan separadamente por estrato (facultativo/residente)
Notas	**Evaluación Comité Ética:** Sí**.** Consentimiento informado para pacientes. **Registro de ensayo clínico:** buscado por revisores, no localizado **Protocolo:** buscado por revisores, no localizado **Número de participantes por cluster**: Facultativos: 3-32 pacientes. Residentes: 1-20 pacientes. **Coeficiente de correlación intraclase**: No reportados.

Tabla 25. Valoración del Riesgo de Sesgo del estudio incluido "Saitz 2003". (111)

Saitz 2003		
Dominio	**Riesgo de sesgo**	**"Nota" (pag.)**
Generación de la secuencia aleatoria.	BAJO RIESGO	" La asignación al azar fue generada por ordenador, fuera del centro, y realizada por un "data manager" que no tenía contacto con el paciente ni con el médico "(P.373)
Ocultamiento de la asignación	BAJO RIESGO	" La asignación al azar fue generada por ordenador, fuera del centro y realizada por un "data manager" que no tenía contacto con el paciente ni con el médico "(P.373)
Reclutamiento de participantes	ALTO RIESGO	Médicos: "se eligen todos los médicos de la clínica" (p. 372) Pacientes: "reclutados después de la randomización de los médicos, por equipo investigador, antes de la consulta con su médico".(p. 373)
Cegamiento de los participantes y personal. Todos los resultados	ALTO RIESGO	"Los pacientes y los investigadores no fueron cegados a la asignación de grupo" (p. 373). "La falta de cegamiento podría haber introducido el sesgo del entrevistador y el sesgo de deseabilidad social del paciente; Estos fueron minimizados por el uso de medidas validadas en entrevistas de investigación estandarizadas". (p. 378)
Cegamiento de la evaluación de resultados. Resultados de proceso	ALTO RIESGO DE SESGO	"La falta de cegamiento podría haber introducido el sesgo del entrevistador y el sesgo de deseabilidad social del paciente; Estos fueron minimizados por el uso de medidas validadas en entrevistas de investigación estandarizadas. (p. 378)
Cegamiento de la evaluación de resultados. Resultados en pacientes	BAJO RIESGO	"En el seguimiento (6 meses), las entrevistas se realizaron sin conocimiento de la asignación de grupo ". (p.373). "La falta de cegamiento podría haber introducido el sesgo del entrevistador y el sesgo de deseabilidad social del paciente; Estos fueron minimizados por el uso de medidas validadas en entrevistas de investigación estandarizadas. (p. 378)
Características basales similares	RIESGO POCO CLARO	"El grupo de control tuvo más médicos varones (71% en el control frente a 40% en el grupo de intervención, P = 0,06). (Página 376). "Los pacientes vistos por los médicos en los grupos de intervención y control fueron similares, excepto que los pacientes vistos por los médicos en el grupo de control eran con más frecuencia varones, latinos y habían vivido en los Estados Unidos por menos años "(Tabla 1, p.376). "La aleatorización produjo un desequilibrio, pero los análisis se ajustaron para ello" (p.378)
Medidas resultados basales similares	BAJO RIESGO	"No hubo diferencias basales entre las variables: Bebidas/día de consumo, % de pacientes que informaron ≥1 problema de alcohol y Escala de dependencia de alcohol promedio" (Tabla 1, p. 376). "Al explorar las diferencias basales entre los pacientes vistos por facultativo y residente,se observó que los pacientes vistos por residentes bebían más que los vistos por los facultativos (7,0 vs 5,1 bebidas día, p=0,02)" (página 379)
Datos de resultados incompletos (grupos o individuos): Resultados de proceso	BAJO RIESGO	"De los 312 pacientes incluidos, 301 (97%) completaron la entrevista después de la visita" (página 376)
Datos de resultados incompletos (grupos o individuos): Resultados en pacientes	RIESGO POCO CLARO	"De los 312 pacientes incluidos, 301 (97%) completaron la entrevista después de la visita (resultados de proceso) y 236 (76%) completaron los 6 meses de seguimiento (los datos sobre los resultados de bebida estaban disponibles para 235 pacientes que habían visto alguno de los 38 médicos" (página 376) "La pérdida de seguimiento podría haber sesgado los resultados de consumo, pero no difirió por grupo aleatorio o características demográficas de los pacientes,"(página 378)
Notificación selectiva de los resultados	RIESGO POCO CLARO	No localizado protocolo ni registro de Ensayo. Todos los resultados descritos en material y métodos se exponente en resultados.
Error de unidad de análisis	BAJO RIESGO	"La unidad de aleatorización fue le médico y la de análisis el paciente. Se usaron Ecuaciones lineales generalizadas (GEE) para ajustar por el diseño de cluster " (p. 374)

Tabla 26. Descripción del estudio incluido "Sanci 2015". (113)(112)

Sanci 2015	
Objetivo	**Objetivo:** Evaluar la efectividad de una intervención compleja para la implementación de las recomendaciones sobre el cribado y asesoría de jóvenes con múltiples factores de riesgo psicosocial, sobre la detección de los riesgos por parte de los clínicos y el cambio de estos comportamientos de riesgo en los jóvenes, comparado con un seminario didáctico sobre la salud de los jóvenes. **Conclusiones:** La intervención mejora la detección de los comportamientos de riesgo en los jóvenes. El impacto en los resultados no fue concluyente. Los clínicos del GI discutieron estos problemas con los jóvenes con mayor frecuencia que los del GC.
Métodos	**Diseño**: Ensayo clínico pragmático, estratificado por nivel socioeconómico (bajo vs medio/alto) y tipo de centro (privado, publico, community health centers) y randomizado por conglomerados, 2 ramas (1:1). **Unidad de aleatorización**: Centros de salud. Se ofreció participar a todos los centros de 15 divisones urbanas (1213 centros) y 8 rurales (278 centros) en Victoria (Australia). Mostraron interés 357 centros; se seleccionaron 42 centros (GI=21 y GC=21). En GI se perdieron 2 después de la randomización y antes de la intervención. **Unidad de análisis:** Paciente. El reclutamiento se realizó después de la randomización y a los 3 meses de la intervención. Inicialmente por los clínicos (que conocía la rama del estudio), pero a lo largo del estudio, fueron apoyados por asistentes de investigación. Los médicos evaluaban la elegibilidad de todos sus pacientes de 14 a 24 años de edad y les solicitaban permiso para enviar su número de teléfono a los investigadores. Entregaron a los pacientes un paquete de información que incluía un directorio de servicios de salud y completaban un formulario de la visita (motivo, diagnóstico y actuación). Los asistentes de investigación llamaron a los pacientes lo más cerca posible después de su consulta para obtener el consentimiento informado y proceder con una entrevista telefónica asistida por computadora (CATI). **Tamaño de muestra:** Se calculó para la detección por el clínico de uno o más comportamientos de riesgo para la salud, 80% de potencia y nivel de significación del 5% para una prueba bilateral. Asumiendo que el 40% de los jóvenes que asisten al centro tienen riesgos psicosociales y que los médicos capacitados detectarán el 60% de ellos sólo con entrevista, lo que equivale al 24% de todos los jóvenes. Esperando que los clínicos de grupo intervención detectaran el 91% de los jóvenes con riesgo, lo que equivale a aproximadamente el 36,5% de todos los jóvenes que lo presentan. Para detectar esta diferencia se requieren 20 centros y 360 jóvenes (18 por centro) en cada brazo asumiendo un CCI 0.04. Este tamaño de muestra también fue suficiente para detectar una diferencia de 15% entre los dos grupos de estudio sobre el comportamiento del consumo de alcohol suponiendo que el 41% de los jóvenes consumen alcohol en el GI y un CCI de 0.07 con un 80% de potencia y un nivel de significación de 5%. El tamaño total de la muestra se aumentó a 1.260 jóvenes (30 por centro) en previsión de las pérdidas de centros y de jóvenes durante el seguimiento de(40% pérdida). **Estrategia de análisis**: Se calcularon los CCI utilizando el análisis de una sola vía de la varianza. Análisis por intención de tratar. En primer lugar, se llevó a cabo un análisis de caso completo que incluía todos los datos disponibles, lo cual era válido bajo el supuesto de que los datos faltan completamente al azar. Luego se realizaron análisis de sensibilidad para evaluar la robustez de la suposición de datos faltantes utilizando un enfoque de imputación múltiple multinivel. Se usó la regresión lineal para estimar la diferencia de los resultados continuos. Para estimar la diferencia de riesgo (RD), la razón de riesgo (RR) y la odds ratio (OR) para los resultados binarios, se utilizó el modelo lineal generalizado, especificando la familia binomial con la función de identidad, log o logit link. La regresión multivariante se utilizó para ajustar por las variables de estratificación, el reclutamiento de pacientes (por el clínico o el investigador), sexo, edad del paciente y el estado basal del factor de riesgo. Las estimaciones se informaron con IC del 95% y p-valores. Se ajustó un modelo GEE con estimación errores estándar robustos para considerar el efecto del centro y, en su caso, medidas repetidas de resultados a lo largo del tiempo, siempre y cuando el ICC estimado para el modelo ajustado fuera no negativo. Los análisis se llevaron a cabo utilizando Stata.
Participantes	**Criterios de inclusión:** **(1) Clusters:** centros en los que al menos un clínico (médico y/o enfermera) aceptaba participar. **(2) Pacientes:** 14-24 años, que acudían a los clínicos participantes. **Criterio de exclusión:** **(1) Clusters:** no reportados **(2) Pacientes:** Enfermedad física o mental grave, no hablar o leer inglés, menor no maduro sin consentimiento de padres.

Sanci 2015	
	Centros: Centros de salud, Randomizados**, N=42 (GI=21 y GC=21).** En GI se perdieron 2 después de la randomización y antes de la intervención. Analizados, N= 40 (GI=19 y GC=21). **Características:** Urbanos: 89% en GI y 71% en GC. Tipo de facturación: reintegro (26% en GI y 33% en GC), privados (58% en GI y 62% en GC), centros comunitarios (16% en GI y 5% en GC).
	Profesionales: Médicos y enfermeras. Total, **N= 132, 90 médicos y 42 enfermeras (GI= 53, 31 médicos y 22 enfermeras y GC= 79, 59 médicos y 20 enfermeras).** **Características:** Médicos: mujeres 75,9% (45% en GI y 54% en GC). Edad, (25-34/ 35-44/ 45-54/55-64/ ≥65años):6,4%/ 35,9%/ 42,1%/ 14,2%/ 1,4% (3%/ 30%/ 50%/ 17%/ 0% en GI y 13%/ 47%/ 27%/ 9%/ 4% en GC). Entrenamiento previo en salud de adolescentes 62% (62% en GI y 62% en GC). Enfermeras: Edad, (25-34/ 35-44/ 45-54/55-64 años): 19,2%/ 40,9%/ 37%/ 2,4%, (26%/ 42%/ 26%/ 5% en GI y 13%/ 40%/ 47%/ 0% en GC). Entrenamiento previo en salud de adolescentes: 34,3% (50% en GI y 20% en GC). [datos globales calculados por revisores]
	Pacientes: **Total, N= 901 (GI= 377 y GC= 524)** **Características**: Mujeres 75.8% (76.1% en GI y 75.4% en GC). Edad (14-15/ 16-17/ 18-24 años): 10.9%/ 12.5%/ 76.5% (10.3%/ 9.8%/ 79.8% en GI y 11.8%/ 16.2%/ 71.9% en GC). Reclutadas por médico 71.7% (66% en GI y 79.6% en GC). Situación laboral y estudios (estudiante/ trabaja / trabaja y estudia/ Ni trabaja ni estudia): 26.8%/ 23.9%/ 42.1%/ 7.2% (27.7%/ 21.8%/ 43.4%/ 7.2% en GI y 25.5%/ 27.0%/ 40.2%/ 7.3% en GC). Factores de riesgo: alcohol: 42.1% (42.4% CI y 41.8% en GC); al menos 1 de los 6 estudiados: 85.1% (83.7% en GI y 87.2% en GC. [datos globales calculados por revisores]
	Diferencias relevantes entre grupos: Centros: menor tamaño en GI. Médicos: menor % mujeres en GI; mayor edad en GCI. Jóvenes: las características basales no difieren por rama del estudio
Ámbito	Centros de Salud urbanos y rurales de Victoria, Australia Contexto social: zona rural y metropolitana, Victoria, Australia, alto nivel económico. Fechas: Intervención: julio 2007 – junio 2010. Fin seguimiento pacientes: julio 2011 International: No Multicéntrico: Sí Localización de cuidados: atención primaria. Estatus académicos:
Intervención	**Tipo de intervención**: Sesiones educativas (9 hrs) + visitas extensión educativa
	Descripción de la intervención: La intervención tenía dos componentes principales que funcionaban en el nivel de centros: 9 horas de talleres y dos visitas al centro. **Grupo de control**: seminario de tres horas sobre el cuidado de los jóvenes, incluyendo recomendaciones para discutir los riesgos de salud con los jóvenes. **Co-intervenciones**: no reportadas
Resultados	**Resultados principales (de interés para nuestra revisión):** • % de jóvenes que refieren que el médico abordó el tema del alcohol en la consulta. • Uso de alcohol (en último mes), a 3 y 6 meses después de la consulta. La información se obtuvo por entrevista telefónica asistida por ordenador (CATI), realizada por asistente de investigación, tras la consulta, a los 3 y 6 meses de la consulta. Definición de riesgo de alcohol [*Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E, et al. Screening for serious mental illness in the general population. Arch Gen Psychiatry. 2003;60(2):184-9. Epub 2003/02/13]*: - <16 años: consumo de una vez al mes, fines de semana o una o dos veces por semana; O cualquier borrachera - ≥16 años: 3 o más veces a la semana o todos los días o borracheras una o más veces al mes (12 o más ocasiones de beber en exceso en los últimos 12 meses, 4 o más veces en los últimos 3 meses, 2 o más veces en el pasado mes)
Fuentes de financiación	**Financiación:** Comité Asesor Australiano de Ministros de Salud (AHMAC). Instituto de Investigación del Cuidado de la Salud Primaria de Australia, Universidad Nacional de Australia. Consejo Nacional de Salud e Investigación Médica (NHMRC), Australia (Organización gubernamental). **Función del financiador:** ningún papel en el diseño del estudio, la recopilación de datos, el análisis, la interpretación o la redacción de manuscritos. **Declaración de interés:** Ninguno, declarado por autores. **Conflicto de intereses:** Ninguna, reportado por revisores
Notas	**Evaluación Comité Ética:** Sí**.** Consentimiento informado de proveedores y pacientes. **Registro de ensayo clínico:** ISRCTN16059206 **Protocolo:** Si **Número de participantes por cluster**: GI:rango 9-71, media 35.6 y GC= rango 2-70, media 42.6 **Coeficiente de correlación intraclase**: reportados

Tabla 27. Valoración del Riesgo de Sesgo del estudio incluido "Sanci 2015". (112,113)

Sanci 2015		
Dominio	**Riesgo de sesgo**	**"Nota" (pag.)**
Generación de la secuencia aleatoria.	BAJO RIESGO	"Un estadístico independiente, generó una secuencia de asignación aleatoria en STATA, estratificada por zona, nivel socioeconómico y tipo de financiación, formando 6 estratos. Se realizó asignación por bloques de tamaño fijo (2) dentro de los estratos" (p.6, Sanci 2015)
Ocultamiento de la asignación	BAJO RIESGO	"A los centros se les asignaron códigos identificadores únicos para que el estadístico estuviera enmascarado durante la asignación. Dicho estadístico notificó al coordinador del ensayo la asignación y éste se lo notificó a los centros" (p. 6, Sanci 2015).
Reclutamiento de participantes	ALTO RIESGO	"Reclutamiento 8 semanas después de la asignación al azar y 6 semanas después de la intervención" (p. 9, Sanci 2012). "Dado el bajo ritmo de reclutamiento ayudaron los asistentes de investigación" (p. 5, Sanci 2015) "Los investigadores, reclutando, solicitando consentimiento y entrevistando a los pacientes estuvieron enmascarados. Los clínicos no (abstrat, Sanci 2015). "Captados por clínicos 249/377 (66%) en GI y 417/524(79.6%) en GC" (tabla 2, p. 9, Sanci 2015)
Cegamiento de los participantes y personal. Todos los resultados	ALTO RIESGO	"Clínicos: para valorar su participación requerían información sobre el potencial compromiso con la formación en ambas ramas" (p. 6, Sanci 2015)."Asistentes de investigación: durante el reclutamiento y la realización de las entrevistas automatizadas con los pacientes (CATIs) estuvieron enmascarados para el grupo de asignación". (abstrat, Sanci 2015). "Pacientes: no fueron informados del grupo al que estaban asignados en ninguna de sus comunicaciones con el equipo investigador. Se desconoce si los clínicos pudieron informales" (p. 5, Sanci 2015)
Cegamiento de la evaluación de resultados. Resultados de proceso	BAJO RIESGO	"Asistentes de investigación: durante el reclutamiento y las entrevistas automatizadas con los pacientes (CATIs) estuvieron enmascarados para el grupo de asignación " (abstrat, Sanci 2015)
Cegamiento de la evaluación de resultados. Resultados en pacientes	BAJO RIESGO	"Asistentes de investigación: durante el reclutamiento y las entrevistas automatizadas con los pacientes (CATIs) estuvieron enmascarados para el grupo de asignación " (abstrat, Sanci 2015)
Características basales similares	BAJO RIESGO	Clínicos: " características basales similares (Tabla 1), excepto que los centros del GI tendían a ser más pequeños, y sus clínicos de mayor edad y menos mujeres. El 60% de los médicos tenían formación previa en "salud y jóvenes", siendo mayor entre las enfermeras del GI" (p.11, Sanci 2015) Jóvenes: " características (Tabla 2) similares entre los grupos de estudio, excepto que el GI tiene mayor proporción de pacientes de 18-24 años, menos nacidos en Australia y más reclutados por el asistente de investigación "(p.11, Sanci 2015)
Medidas resultados basales similares	ALTO RIESGO	" Mayor % de jóvenes que usaban alcohol en GI (p=0.02). Se observaron diferencias en otros factores de riesgo"(tabla 2,p.9, Sanci 2015)
Datos de resultados incompletos (grupos o individuos): proceso	BAJO RIESGO	"Se utilizó imputación múltiple multinivel para los datos missing" (p. 13, Sanci 2015)
Datos de resultados incompletos (grupos o individuos): pacientes	BAJO RIESGO	Perdidas a 3 meses 85 (22.5%) en GI y 58 (12.1%) en GC. A 12 meses 32 (8.4%) en GI y 61(12.7%) en GC. "Sin diferencias entre ramas en riesgos y sociodemográficas reportados en pérdidas de seguimiento" (p. 10, Sanci 2015). " Imputación múltiple multinivel para los datos missing" (p. 13, Sanci 2015)
Notificación selectiva de los resultados	RIESGO POCO CLARO	El protocolo se publicó en 2012, el trabajo de campo finalizó en 2011. El protocolo describe más objetivos que los presentados en la publicación identificada, pero se informa que se incluirán en otras publicaciones.
Error de unidad de análisis	BAJO RIESGO	"La unidad de aleatorización fue el clínico y la de análisis el paciente. Se usaron Ecuaciones lineales generalizadas (GEE) para ajustar por el diseño de cluster "(p.)

Tabla 28. Descripción del estudio incluido "WHO 2005".(114)(115)(2)

WHO 2005	
Objetivo	**Objetivo:** Fase 1: Evaluar el impacto de 3 estrategias de marketing en la difusión de un programa de intervención breve en alcohol (SBI) sobre la aceptación del programa por los MFs. Fases 2: Evaluar el impacto de las estrategias de capacitación y apoyo para promover la implementación del cribado y la intervención breve entre los MFs. **Conclusiones:** Fase 1: El marketing telefónico parecía ser la estrategia más rentable para la diseminación de SBI. Fase 2: El entrenamiento y el apoyo mediante llamadas telefónicas fueron las estrategias más efectiva y rentable para promover la implementación del SBI por los MFs. Las actitudes iniciales de los MFs afectaron la relación que la capacitación y el apoyo tenían con el aumento del SBI. La formación y el apoyo sólo aumentaron las tasas de SBI para los que ya tenían seguridad en su papel y estaban comprometidos terapéuticamente con el tema del alcohol. Proporcionar apoyo no mejoró la seguridad y el compromiso terapéutico.
Métodos	**Diseño**: Ensayo clínico randomizado por conglomerados, 3 ramas (2:1:1), con dos fases, multicéntrico, pragmático. **Unidad de aleatorización**: Médicos de familia. **Fase 1:** Cada país selecciona una muestra aletoria de médicos, a partir de las bases de datos de los servicios sanitarios y/o asociaciones profesionales. Total de 3436 MFs. **Fase 2**: se incluyen los médicos que aceptaron utilizar el programa en la Fase 1, y aceptaron incluirse en la Fase 2. **Unidad de análisis:** Médicos de familia. **Tamaño de muestra:** Para detectar una diferencia del 20% en la tasa de aceptación, con una potencia del 80% y un error alfa de 5%, se necesitan 107 médicos en cada país en cada una de las 3 estrategias de marketing. Para la fase 2, implementación, la diferencia en la media de la tasa de cribado a detectar es de 0.15, con una SD de 0.3; con una potencia del 80% y un error alfa de 5%, se necesitan 64 médicos en cada país, una de las 3 estrategias de implementación. Asumiendo que el 50% de los médicos que acepten participar en fase 1 acepten continuar en fase 2, serán necesarios 128 médicos en cada una de las estrategias. Si además asumimos que las tasas de aceptación para fase 2 son distintas en cada estrategia de diseminación (resultados de un piloto del estudio, en Australia: 40% correo, 60% telefónico y 65% personal), será necesario incluir en cada país, 320 médicos para marketing por correo, 213 para telefónico y 196 para el personal. **Estrategia de análisis:** Análisis por intención de tratar. Todos los médicos que fueron randomizados en alguna de las 3 estrategias de márketing fueron incluidos en el denominador de las tasas de aceptación (fase 1). Todos los médicos que fueron randomizados en alguna de las estrategias de implementación (fase 2) fueron incluidos en este análisis, incluso si no llegaron a implementar el programa. Se utilizaron pruebas no paramétricas (los datos no se ajustaban a la distribución normal). Para comparar los resultados entre los grupos se utilizaron Chi-cuadrado, Test exacto de Fisher, Kruskal-Wallis y correlación de Spearman.
Participantes	**Criterios de inclusión:** **(1) Clusters:** Médicos que prestaban servicios generales. **(2) Pacientes:** > 16 años, no ser visitas repetidos y entender el idioma nativo del país. **Criterio de exclusión:** **(1) Clusters:** médicos que sólo proporcionaban servicios médicos de urgencia, se habían ido del área de estudio, habían participado en trabajos piloto relacionados con el estudio o si el personal de investigación ya había contactado con un compañero de centro. **(2) Pacientes:** no reportados.
	Centros: no reportadas **Características**: no reportados
	Profesionales: Médicos de familia. Fase I, N= 729 (marketing por correo= 1730, marketing telefónico= 1022, marketing personal= 684. Fase II, N= 727 (Formación= 255, Formación + apoyo= 263, Control= 209) **Características:**
	Pacientes: NA **Características**: NA
	Diferencias relevantes entre grupos: Para la muestra total de médicos de fase 1 (3436) la mediana (RIC) de la edad fue de 45 años (39-50), y el 76% eran mujeres. No se observaron diferencias según edad y sexo entre las 3 estrategias de márketing. Si se observaron diferencias por sexo y edad entre los distintos países. El mayor porcentaje de hombres en Inglaterra. La mayor edad en Dinamarca.
Ámbito	729 centros de salud de 6 países Contexto social: Australia, Bélgica (Flandes), Dinamarca, Inglaterra, Nueva Zelanda y España, alto

WHO 2005	
	nivel económico. Los seis países no pudieron llevar a cabo el protocolo de estudio completo debido a la inadecuación de algunos componentes del estudio al contexto local, a las restricciones de financiación o los requisitos del comité de ética. Fechas: Fase 1, diseminación: febrero 2006 – diciembre 1996. International: Sí. Multicéntrico: Sí Localización de cuidados: atención primaria. Estatus académicos: no reportado
Intervención	**Tipo de intervención**: Fase 2, Implementación. Visitas de divulgación educativa y apoyo telefónico
	Descripción de la intervención: **Fase 1 (estrategias para la difusión del programa):** • Correo directo: envió a los médicos de folleto promocional que describía el programa en forma escrita y de contenido pictórico y ofrecía materiales gratuitos a los médicos. • Marketing telefónico: llamada a los médicos, utilizando el guión de marketing. • Marketing personal: llamada a los médicos generales para concertar cita, pero no se explicó el motivo específico de la visita. Los investigadores utilizaron el guión de marketing ensayado para promover el programa y se mostraron materiales de muestra. **Fase 2 (estrategias para la implementación del programa):** • Capacitación: Los médicos de familia y los recepcionistas recibieron una sesión presencial de entrenamiento relacionada con el programa de intervención breve. • Apoyo continuo / Capacitación más apoyo: recibieron el programa más el mismo entrenamiento cara a cara, la configuración del programa y la demostración como se mencionó anteriormente. Además, recibieron apoyo y asesoramiento continuo sobre cómo realizar la intervención a través de llamadas telefónicas quincenales (Inglaterra) y / o visitas de práctica (Australia) a lo largo del estudio. **Grupo de control:** envío del programa, que contenía guías escritas, sin demostración. **Co-intervención 1:** A los médicos se les ofreció un vale de £ 50 para compensar el trabajo realizado por recepcionistas. **Co-intervención 2:** Los recepcionistas, se encargaban de distribuir los cuestionarios en las salas de espera. Posteriormente, el MF valoraba el cuestionario y ofrecía consejo a los pacientes en riesgo (AUDIT≥8) con una ficha diseñada específicamente. A los pacientes se les entregaba una libreta de bolsillo para reforzar el consejo ofertado por el MF, con el impacto en salud del consumo excesivo de alcohol y un plan de 6 pasos para modificar los hábitos de bebida.
Resultados	**Resultados (de interés para nuestra revisión): Fase 2:** • **Número de pacientes cribados** • **Tasa de cribado** (número pacientes elegibles que recibieron un cuestionario de cribado / Número total de pacientes elegibles que consultaron al médico de cabecera durante el estudio). • **Número de pacientes aconsejados** • **Tasa de asesoramiento. (**Número de pacientes "en riesgo" que fueron aconsejados por el médico de cabecera / Número de pacientes “en riesgo”). • **Tasa de intervención global.** Producto de la tasas de detección y de asesoramiento (máximo valor si los médicos examinaron a todos los pacientes elegibles y asesoraron a todos los bebedores de "riesgo"). Los resultados se midieron a través de las copias de los cuestionarios de cribado que utilizaron los médicos durante las 3 meses del trabajo de campo, donde registraron si habían dado o no consejo. Se presentan medianas y RIC del número de pacientes cribados y asesorados por médico, para cada rama del estudio. Se presentan medianas y RIC de las tasas de cribado, consejo e intervención global por médico, para cada rama del estudio.
Fuentes de financiación	**Financiación:** Beca del Consejo de Educación e Investigación sobre el Alcohol (AERC) y la Beca de Investigación Especial del MRC / Región Norte y Yorkshire en Investigación de Servicios de Salud. **Función del financiador:** no reportado **Declaración de interés:** no reportado por autores **Conflicto de intereses:** ninguno, juzgado por revisores
Notas	**Evaluación Comité Ética:** Sí **Protocolo:** buscado por revisores, no localizado **Registro del Ensayo**: buscado por revisores, no localizado **Número de participantes por cluster**: no reportado **Coeficiente de correlación intraclase**: NA

Tabla 29. Descripción del Riesgo de Sesgo del estudio incluido "WHO 2005". (114)(115)(2)

WHO 2005		
Dominio	**Riesgo de sesgo**	**"Nota" (pag.)**
Generación de la secuencia aleatoria.	BAJO RIESGO	"La randomización se relizó utilizando tablas de números aleatorios y/o generando secuencia aleatoria por ordenador" (p. 381, Funk 2005)
Ocultamiento de la asignación	RIESGO POCO CLARO	No se aporta información para valorar este dominio.
Reclutamiento de participantes	RIESGO POCO CLARO	No se aporta información para valora este dominio.
Cegamiento de los participantes y personal. Todos los resultados	RIESGO POCO CLARO	No se aporta información para valora este dominio.
Cegamiento de la evaluación de resultados. Resultados de proceso	RIESGO POCO CLARO	No se aporta información para valora este dominio.
Cegamiento de la evaluación de resultados. Resultados en pacientes	NA	NA
Características basales similares	RIESGO POCO CLARO	No se aporta información para valora este dominio.
Medidas resultados basales similares	RIESGO POCO CLARO	No se aporta información para valora este dominio.
Datos de resultados incompletos (grupos o individuos): resultados de proceso.	BAJO RIESGO	Análisis por intención de tratar. Todos los médicos que fueron randomizados en alguna de las 3 estrategias de márketing fueron incluidos en el denominador de las tasas de aceptación (fase 1). Todos los médicos que fueron randomizados en alguna de las estrategias de implementación (fase 2) fueron incluidos en este análisis, incluso si no llegaron a implementar el programa" (p. 383, Funk 2005).
Datos de resultados incompletos (grupos o individuos): resultados clínicos del paciente	NA	NA
Notificación selectiva de los resultados	RIESGO POCO CLARO	No localizado protocolo ni registro de ensayo.
Error de unidad de análisis	BAJO RIESGO	La unidad de randomización y de análisis es el médico

6.3. Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos

En las tablas 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27 y 29 se exponen la valoración del riesgo de sesgo para cada uno de los 9 estudios incluidos. La figura 4 recoge los resultados de la valoración del riesgo de sesgo de cada estudio. En la figura 5 se representa la distribución de las distintas categorías de riesgo de sesgo para todos los estudios.

Ninguno de los 9 estudios incluidos tuvo "bajo riesgo de sesgo" (todos los dominios con bajo riesgo). Con "riesgo poco claro" fueron evaludos dos estudios (Kaner 2003 y WHO 2005).

El dominio en el que se observó mayor número de estudios con "alto riesgo de sesgo" fue el de enmascaramiento de participantes, seguido del enmascaramiento de la evaluación de los resultados.

El dominio con mayor porcentaje de estudios con "bajo riesgo de sesgo" fue el error de unidad de análisis (solo en un estudio, Buchsbaum 1993 se consideró "riesgo poco claro"), seguido de la generación de la secuencia aleatoria.

Sesgo de selección: Todos los estudios informaron sobre la utilización de la aleatorización, pero en dos de ellos (Buchsbaum 1993 y Chossis 207) la información sobre la generación de la secuencia de aleatorización fue insuficiente para valorar el riesgo de sesgo.

En cuanto a la ocultación de dicha secuencia de aleatorización, en 5 de los estudios (Buchsbaum 1993, Chossis 2007, Hilbink 2012, Kaner 2003 y WHO 2005) no se pudo valorar el riesgo de sesgo por insuficiente información.

La randomización por clúster es especialmente vulnerable al sesgo de reclutamiento, y solo dos de los estudios incluidos fueren evaluados como "bajo riesgo de sesgo"; Chossis 2007, en el cual el reclutamiento de pacientes fue realizado por investigadores enmascarados en relación al grupo al que pertenecía su médico y Odhin 2015, en el que la unidad de randomización y de análisis fue el centro, cuyo reclutamiento fue previo a la randomización.

Sesgo de desempeño: Ninguno de los estudios fue clasificado como "bajo riesgo de sesgo" en relación al enmascaramiento de los participantes.

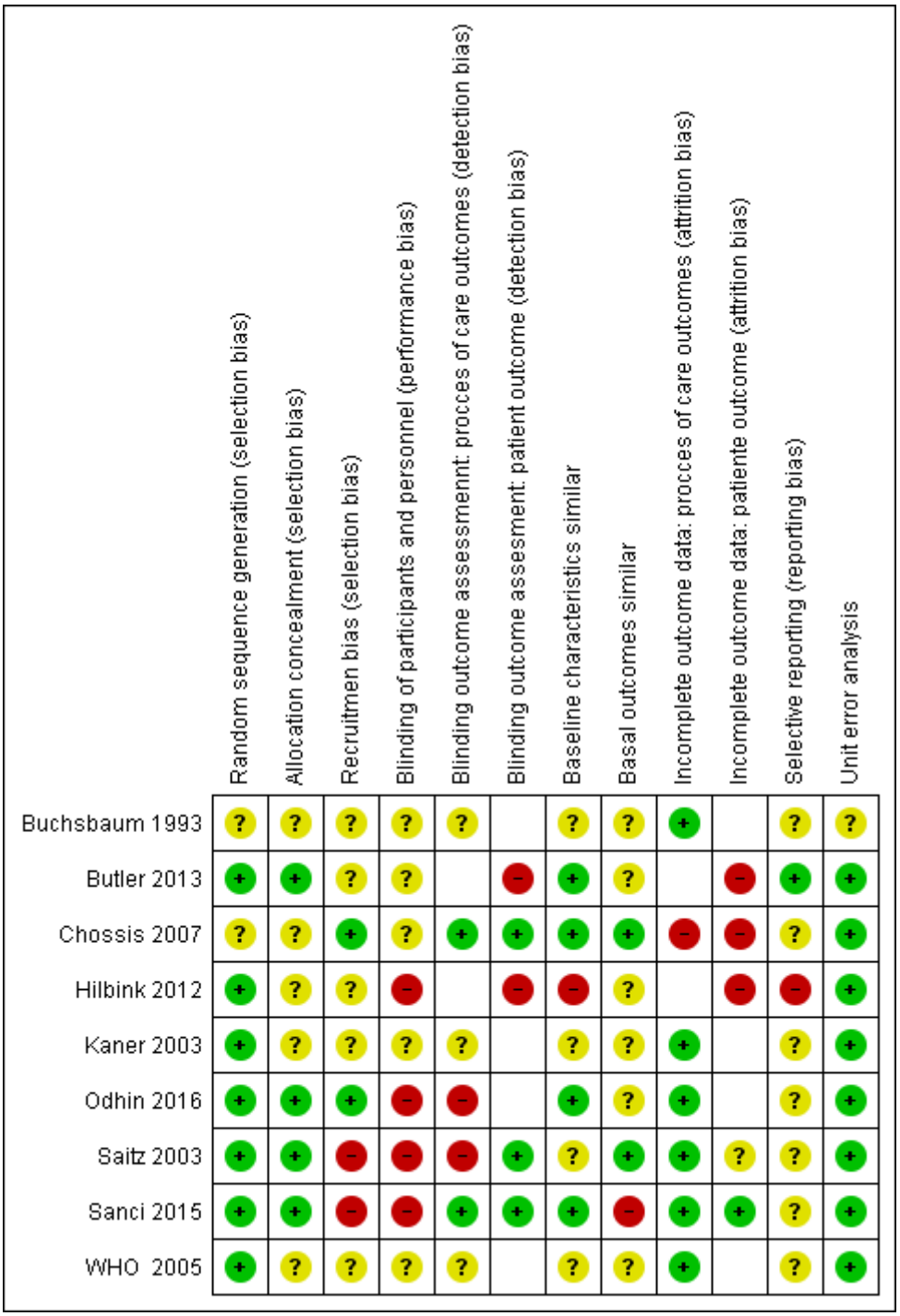
Sesgo de detección: Solo en tres estudios se realizó la evaluación de los resultados de forma enmascarada (Chossis 2007, Saitz 2003 y Sanci 2015).

Sesgo de desgaste: Las pérdidas de pacientes para los resultados de proceso, que generalmente se miden inmediatamente al contacto con el proveedor, fueron menores que para los resultados en pacientes medidos generalmente un tiempo después de este contacto.

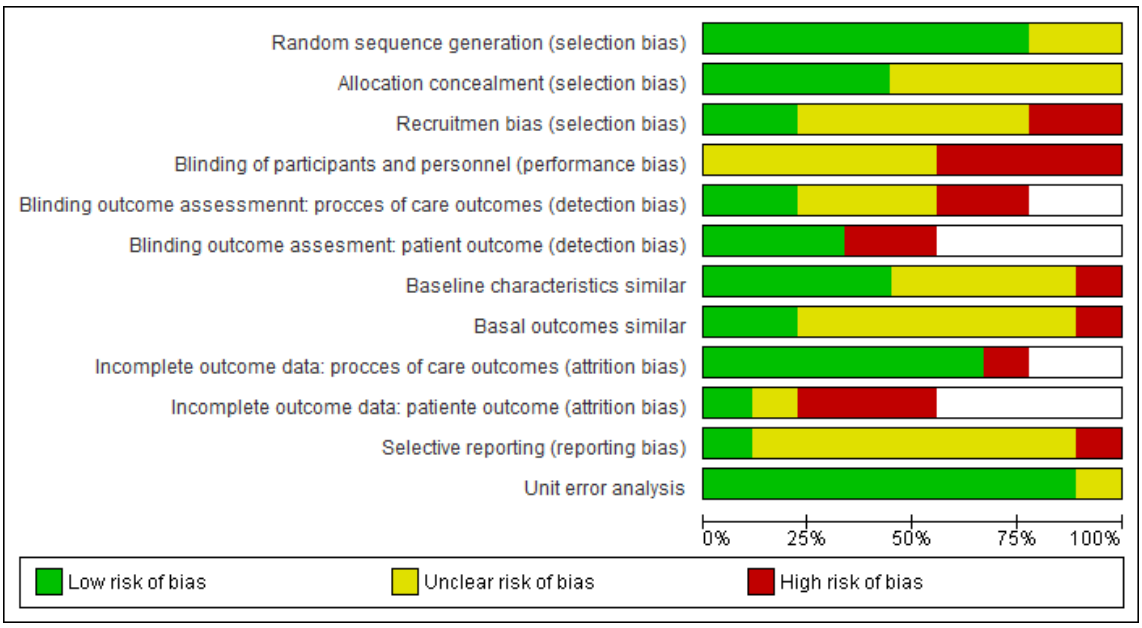
Sesgo de información: Para su valoración se buscó el registro de ensayo en las bases de datos de registros de ensayos clínicos definidas en metodología. Fue muy frecuente la falta de información para valorar este dominio de riesgo de sesgo, solo un estudio (Buttler 20013) fue clasificado en este dominio como "bajo riesgo de sesgo".

Otros sesgos: En relación a las características de los participantes y los resultados basales, también se observó con mucha frecuencia falta de información para valorar el riesgo de sesgo.
En cuanto al error de unidad de análisis, entre los 6 estudios en los que no coinciden la unidad de randomización con la unidad de análisis, en 5 de ellos se informó del uso de métodos estadísticos adecuados para corregirlo.

Figuras 4. Resumen de la evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos.



Figuras 5. Gráfico de Riesgo de Sesgo. Porcentaje de cada nivel de riesgo de sesgo entre todos los estudios incluidos.



Nota: el color blanco se refiere a estudios en los que no se mide alguno de los tipos de resultados (proceso o resultados en pacientes), y por tanto no se aplican los dominios de riesgo de sesgo correspondientes.

6.4 Descripción de las intervenciones

En las tablas 30 a 38 se describe la estrategia de implementación evaluada en cada uno de los estudios incluidos, siguiendo la propuesta TiDier.

En general, todos los estudios se apoyan en el marco teórico de la efectividad de la intervención breve dirigida a los pacientes, quedando menos explícito el marco teórico de la estrategia dirigida a los profesionales para implementar esas recomendaciones. La justificación sobre la elección de la estrategia estaba poco descrita.

Solo dos de los estudios (Butler 2013 y Hilbink 2012) describen la adaptación de la intervención a través de la identificación de barreras y facilitadores de los profesionales a los que van dirigidas.

La planificación sobre la valoración de la adherencia a la estrategia, la forma en la que se evaluó y por tanto los resultados obtenidos no está descrita en la mayoría de los estudios.

Respecto a las actividades y procedimientos que se incluían en las estrategias de implementación, la descripción fue más frecuente.

La descripción de la intervención en los estudios más recientes es más completa y se ajusta más a los criterios propuestos en el chek-list TIDieR.

Tabla 30. Descripción de la intervención del estudio incluido "Bauchsbaum 1993". (100)

Buchsbaum 1993	**Tipo de intervención: Intervención mediada por el paciente**
TIDieR ítem	**Explicación**
1. Nombre	No se especifica.
2. Por qué	A principios de los 90 ya se apuntaba que los médicos de familia realizan consejo sobre alcohol en un porcentaje muy pequeño de sus pacientes. Probablemente, ello se deba a que se sienten más cómodos manejando problemas médicos. Los autores se plantean que una forma de incrementar el consejo ofrecido a los pacientes que lo requieren es informar al médico del problema antes de que vea al paciente. El objetivo de este estudio es valorar si proporcionar una carta a los médicos que detalle los resultados de una entrevista automatizada sobre el alcohol, *Diagnostic Interview Schedule (DIS)*, y las recomendaciones para el paciente, impulsa a los médicos a aconsejar a estos pacientes.
3 y 4. Qué	**Grupo de intervención:** A cada médico se le informó por escrito (con una carta adjunta al registro médico del paciente) sobre el diagnóstico del paciente en relación al consumo de alcohol. La carta incluía: ▪ Diagnóstico DSM-III (dependencia de alcohol o consumo perjudicial) ▪ Criterios utilizados para hacer el diagnóstico ▪ Información del paciente sobre sus síntomas más recientes ▪ Recomendaciones para el tratamiento del paciente basadas en técnicas de intervención breve (BI): 1. Para pacientes con problemas activos: a. Compartir los resultados del test con el paciente b. Advertir al paciente de los efectos nocivos de su hábito de bebida c. Aconsejar al paciente que deje de beber d. Derivar al paciente a un consejero clínico para mayor evaluación y tratamiento. 2. Para pacientes sin problemas (*inactive problems*): a. Compartir los resultados del test con el paciente b. Advertir al paciente de los efectos nocivos de su hábito de bebida c. Reforzar la moderación o la abstinencia **Grupo Control:** No se informó a los médicos de los resultados del cribado de sus pacientes, ni se les facilitó ninguna guía de práctica clínica para el tratamiento.
5. Quién	Técnicos entrenados realizaban la entrevista de cribado del consumo de alcohol (DIS) a los pacientes. No se especifica su perfil profesional.
6. Cómo	Cribado mediante entrevista automatizada (DIS), que duraba una media de 12,5 minutos seguido de **Intervención mediada por el paciente.**
7.- Dónde	Centro sanitario (clínica ambulatoria) del Colegio de Médicos de Virginia, Richmond.
8.- Cuándo	El cribado se realizaba mediante una entrevista automatizada antes de la visita con el médico y el médico aplicaba (o no) las recomendaciones durante la visita. El seguimiento lo realizaban los investigadores una vez el paciente salía de la consulta.
9.- Adaptación	No consta que se haya adaptado la intervención.
10.- Modificaciones	No se puede valorar si se han realizado modificaciones en la intervención, ya que no hay protocolo, ni registro en base datos internacional, ni otra publicación de resultados del mismo estudio.
11. Adherencia	Una vez concluida la entrevista de cribado, los técnicos facilitaban al médico una carta junto con el registro médico del paciente (historia clínica). Cuando el paciente salía de la consulta, los técnicos entrevistaban de nuevo al paciente para preguntarle si el médico había discutido con él/ella sobre los problemas del alcohol.
12. Alcance de la adherencia valorada	Los médicos del grupo intervención aconsejaron a los pacientes con problemas con el alcohol en mayor medida que los del grupo control; 50% (53/107) vs 33% (35/107).

Tabla 31. Descripción de la intervención del estudio incluido "Butler 2013" (101)(102)

Butler 2013	**Tipo de intervención: Visitas de divulgación educativa**
TIDieR item	**Explicación**
1. Nombre	**Talking Lifestyle learning programme**: para formar a los médicos en "Behavior Change Counselling (BCC); adaptación realizada por los autores de la Entrevista Motivacional, para que pueda realizarse en las consultas de AP (breves) y sobre varias conductas.
2. Por qué	Buscan un método factible y eficiente para ser utilizado en consultas de AP. Sigue la técnica de las 5 'A' e incorpora una selección de estrategias concretas según las necesidades del individuo. Se basa en la creencia del valor del cambio (expectativas de resultado) y en la capacidad de éxito (autoeficacia o confianza). No se trata de hacer expertos en entrevista motivacional. El objetivo es que los clínicos empiecen a utilizar las distintas técnicas y vayan aprendiendo y mejorando en la práctica.
3 y 4. Qué	Curso que combina aprendizaje on-line (***e-learning***) con entrenamiento 'cara a cara' y seguimiento por expertos en entrevista motivacional. El entrenamiento consistía en: sustituir el estilo dirigido de la consulta a un estilo guiado en el que se habla sobre el cambio en el estilo de vida; utilizar una agenda para negociar qué cambio se prioriza y utilizar otras estrategias para motivar a los pacientes por qué y cómo deberían cambiar. ***Grupo Intervención: Talking Lifestyle training programme*** (Contenido y métodos): **Parte 1. Seminario:** Encuentro cara a cara con el experto (1 hora). **Parte 2. E-learning:** Introducción. Orientación sobre el programa, evidencia y puntos de vista sobre el cambio de comportamiento. **Partes 3 y 4. E-learning:** Introducción al consejo sobre el cambio de comportamiento y valorar un estilo de consulta flexible, mediante consultas con actores (video).**Parte 5. Seminario:** Encuentro con el experto. Habilidades y estrategias en la práctica. Se discute el proceso de aprendizaje para realizar consultas simuladas.**Parte 6. Consulta simulada (con un actor/paciente):** El experto transcribe y revisa el diálogo grabado y le devuelve al participante sus aportaciones, vía telefónica y/o por e-mail (*feedback* del experto). **Parte 7. E-learning:** Reflejo en la práctica. Los clínicos documentan su experiencia en el uso de las estrategias aprendidas en la práctica real. Esto permite profundizar en el aprendizaje ganado.**Parte 8. E-learning:** Web/foro accesible a los clínicos para compartir experiencias y reflexiones y para que los educadores respondan a las preguntas realizadas (PreEmpt; ("Talking Lifestyle").**Parte 9. Seguimiento:** a los 6 meses se repetirá la consulta simulada y el *feedback* del experto. **Grupo control**: práctica habitual (oferta programa formativo al finalizar el estudio)
5. Quién	Expertos en entrevista motivacional (no se especifica número ni profesión). Clínicos: En el GI participaron 13 centros de los 15 seleccionados, 1 Médico y 1 Enfermera por centro con acceso a internet (finalmente participaron 25 clínicos).
6. Cómo	Aprendizaje on-line (***e-learning***) + entrenamiento 'cara a cara' + seguimiento por entrenadores expertos en entrevista motivacional.
7.- Dónde	Centros de salud (Gales, Reino Unido).
8.- Cuándo/Cuánto	Parte 1- 6: 25 clínicos finalizaron las primeras 6 partes (entrenamiento en consejo sobre el cambio de comportamiento + consulta simulada con el primer paciente + *feedback*). Parte 7: 13 clínicos (52%) empezaron (casos realizados), solo 7 (28%) finalizan. 7 clínicos utilizaron el foro de la web (parte 8) y 3 clínicos (12%) realizaron la segunda consulta simulada con *feedback* incluido (parte 9).
9.- Adaptación	Se reporta un proceso de desarrollo teórico, modelización y ensayo exploratorio para desarrollar la intervención
10.- Modificaciones	No parece que se hayan realizado modificaciones de la intervención.
11. Adherencia	**Valoración del proceso.-** Explorar el impacto de diferentes aspectos de la intervención, así como las barreras y facilitadores para implementarla: Valoran participación en seminarios y uso del software de apoyo. Entrevistas con 15 clínicos del GC y 15 del GI (explorar puntos de vista sobre su participación e impacto del proceso en su práctica). Valoración del uso de la web, habilidades de comunicación, aceptabilidad y utilidad percibidas de varios componentes de la intervención. Evaluación de la competencia de los clínicos del GI en BCC, revisando trascripciones de las consultas simuladas y calculando el índice BCII (*Behaviour Change Counselling Index*).
12. Alcance de la adherencia valorada	Según los resultados del BCC Index, la mitad de los clínicos (11/22) adquirieron competencias. Entrenamiento: Realizaron 26 seminarios, 2 en cada centro; dos rondas de consultas simuladas con *feedback* del experto y utilización del programa de aprendizaje en la web y del foro. Tiempo utilizado en el programa de aprendizaje: media (DE) GPs=316 minutos (150); media Enfermeras=332 minutos (190) No aportan información sobre las entrevistas.

Tabla 32. Descripción de la intervención del estudio incluido "Chossis 2006". (103)

Chossis 2006	**Tipo de intervención: Visitas de divulgación educativa**
TIDieR item	**Explicación**
1. Nombre	No reportado
2. Por qué	Uno de los mayores retos a los que se enfrentan los profesionales sanitarios en la actualidad es ayudar a los individuos a moderar su consumo de alcohol. Los autores tienen la hipótesis de que el efecto del entrenamiento de residentes en BAI incrementaría el número de consejos y se mantendría en el tiempo; además se reducirían la cantidad total de alcohol consumido y la frecuencia de consumo excesivo.
3 y 4. Qué	**Taller interactivo de entrenamiento** de 8 horas de duración sobre intervención breve dirigida a reducir el consumo de alcohol (BAI) y problemas relacionados. Contenidos: **Sesión 1** (teoría y práctica): definición y prevalencia de bebedor en función del riesgo (bajo, alto y dependiente); revisión de estudios sobre eficacia de la intervención breve. Modelo teórico de aprendizaje de BAI centrada en el paciente. Discusión sobre un video en el que se muestra una BAI. Ejercicios de *role-playing*. Distribución de un resumen con los puntos clave de la BAI, un libro sobre alcohol y materiales educativos para el paciente. **Sesión 2.** Práctica con pacientes tipo previamente entrenados en técnicas publicadas con antelación *[King AM, et al. Planning standardized patient programs: case development, patient training, and costs. Teaching and learning in medicine. 1994;6:6–14.- Stillman PL. Technical issues: logistics. AAMC. Acad Med. 1993;68:464–8.].* **Puntos clave de la BAI:** 1. Abordar el consumo de alcohol.- 2. Explicar límites de beber con moderación.- 3. Proporcionar *feedback* sobre el uso de alcohol al paciente.- 4. Pedir a los pacientes su opinión sobre límites.- 5. Pedir a los pacientes su opinión sobre *feedback*.- 6. Pedir a los pacientes su opinión sobre aspectos positivos del uso de alcohol.- 7. Pedir a los pacientes su opinión sobre aspectos negativos del uso de alcohol.- 8. Pedir a los pacientes su opinión sobre la importancia del cambio.- 9. Pedir a los pacientes su opinión sobre la preparación para el cambio.- 10. Ayudar a los pacientes a conseguir sus objetivos.- 11. Apoyar la autoeficacia del paciente.- 12. Proporcionar información escrita. **Grupo control. Taller sobre manejo de lípidos**. Taller con contenidos didácticos de media jornada de duración. No se presentaron los componentes del consejo. Con posterioridad a la recogida de información tras 3 meses de seguimiento recibieron el taller del BAI. **Co-intervenciones:** Un investigador *staff* se encargó de ayudar a los pacientes a cumplimentar un cuestionario administrado antes de la consulta, y copió las respuestas en un formulario de *feedback*. Todos los pacientes (control e intervención) recibieron el formulario de *feedback* con la información referente al uso de alcohol y aspectos relacionados con la salud. Se les pidió que dieran el formulario al residente durante la visita. Después de cada visita, todos los bebedores de riesgo fueron inmediatamente reclutados y se realizó una entrevista (*Patient Exit Interview*) para determinar el tipo y número de componentes de la BAI realizados por el residente; se completó la información inicial con el AUDIT (*Alcohol Use Disorder Identification Test*).
5. Quien	No queda claro quién o quiénes son los encargados de impartir el taller.
6. Cómo	Entrenamiento 'cara a cara' con contenidos teóricos y prácticos (discusión de casos y *role-playing*) + entrega de material escrito.
7.- Dónde	Ámbito de atención primaria.
8.- Cuándo /Cuánto	La duración del taller de entrenamiento fue de 8 horas.
9.- Adaptación	No consta que hubiera alguna adaptación de la intervención.
10.- Modificaciones	No se encontró registro del ensayo, ni la publicación del protocolo del estudio por lo que no se puede comparar con otra fuente si se realizaron modificaciones (las comunicaciones no añaden información sobre la intervención al artículo de resultados).
11. Adherencia	No consta método de valoración de la adherencia
12. Alcance de la adherencia valorada	Durante las primeras semanas del estudio se identificó que un pequeño número de pacientes no entregó el formulario con resultados consumo al médico (cointervención en los dos grupos).

Tabla 33. Descripción de la intervención del estudio incluido "Hilbink 2006". (104)(105)

Hilbink 2006	**Tipo de intervención: Intervención multifacética que incluye estrategias dirigidas al profesional (Visitas de divulgación educativa, adaptadas a las necesidades de los participantes) a la organización (cooperación con servicios de apoyo) y al paciente (información sobre alcohol y sobre su consumo)**
TIDieR item	**Explicación**
1. Nombre	No se especifica
2. Por qué	Según una revisión sistemática (Anderson P et al; 2004) de estrategias para implicar a los médicos de familia en la realización de intervenciones de promoción de la salud, la utilización de estrategias educativas combinadas con el apoyo continuo en fueron las más efectivas, incrementando la realización de intervenciones breves en un 13%. Sin embargo, se mantiene la incertidumbre sobre si el efecto en el comportamiento de los MF influye en el comportamiento de los pacientes. Por ello, los autores de este artículo ponen el foco en el efecto de un programa combinado con intervenciones dirigidas a la organización, a los profesionales y a los pacientes sobre el nivel de consumo de alcohol en los pacientes.
3 y 4. Qué	La intervención dirigida a los MF consta de 9 actividades organizadas en tres niveles (los dos primeros con actividades que afectan a los profesionales; el tercer nivel contiene actividades dirigidas directamente a los pacientes): **Nivel 1. Intervenciones dirigidas a los profesionales.** ▪ ***Distribución de la Guía*** del colegio de MFs Holandés sobre consumo de alcohol ▪ ***Carta recordatorio*** para colocar en la mesa del MF, con signos, síntomas y características relevantes del paciente asociadas al consumo excesivo de alcohol. En el reverso de la carta se incluyó el *Five Shot Test* de *Seppa et al* (Cuestionario de 5 preguntas con un sistema de medida propio de 0 a 7 puntos; 2 preguntas sobre la cantidad de bebidas consumidas proceden del AUDIT y las otras 3 preguntas del CAGE). ▪ ***Sesiones educativas de entrenamiento*:** El equipo de MF y enfermeras fue invitado a participar en sesiones grupales de un máximo de 10 profesionales. Se podía asistir a un máximo de 3 sesiones (entre 2 y 3 horas de duración). Contenido (adaptado a las necesidades y actitudes del equipo): En la primera sesión se debatían los resultados del *Short Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire (SAAPQ).* En la 2ª y 3ª sesiones se llevaba la teoría a la práctica para afrontar las barreras que impedían al MF realizar la actividad. Se animaba a los asistentes a que expresaran las dudas tras la 1ª sesión o a que expusieran casos de la práctica diaria. Además, se realizaba *role-playing* de entrevista motivacional cuyo contenido dependía de las actitudes y experiencias de los participantes. **Nivel 2. Intervenciones dirigidas a la organización.** ▪ ***Informe feedback:*** Se dividía a los pacientes en 4 categorías según sus respuestas al cuestionario AUDIT: 1 bebedor seguro/moderado; 2 bebedor de riesgo; 3 bebedor perjudicial; 4 posiblemente dependiente. Cada equipo recibía un informe por escrito con la proporción de pacientes que consumían alcohol de forma excesiva, junto con el porcentaje de pacientes en cada categoría de consumo de alcohol (la información era anónima). ▪ ***Cooperación con servicios locales de adicción, para apoyo y derivaciones:*** Los servicios locales fueron invitados a unirse a la primera sesión de entrenamiento para discutir con los MFs los posibles tratamiento y el momento de derivar (y lo que después ocurría con el paciente). El objetivo era que los equipos aprendieran de la experiencia de los expertos en adicción. Se llegaron a acuerdos sobre comunicación, accesibilidad y cooperación. ▪ ***Visitas de apoyo adaptadas a las necesidades del equipo:*** Se invitaba al equipo a asistir a una visita en el centro con un experto, cuyo contenido se adaptaba a las barreras en la organización del equipo. Se ofrecía un máximo de 3 sesiones (de aproximadamente 1 hora de duración durante la jornada). Contenido.- Cuestiones sin resolver tras la sesión de entrenamiento; cómo abordar las barreras en la práctica diaria. Consejos prácticos para afrontar temas estructurales, logísticos y comunicativos (el experto se centraba en las actitudes y creencias del equipo y discutía las barreras individuales para actuar sobre los problemas con el alcohol. **Nivel 3. Intervención dirigida a los pacientes** ▪ Se distribuyeron ***cartas informativas*** sobre alcohol del Colegio Holandés de Médicos de Familia y folletos/manuales de autoayuda del *National Institute for Health Promotion and Disease Prevention* (NIGZ) para que los MFs las distribuyeran a los pacientes. ▪ ***Poster en la sala de espera:*** con consejos sobre el alcohol y páginas web del NIGZ (http://www.nigz.nl) o *Netherlands Institute of Mental Health and Addiction*

Hilbink 2006	**Tipo de intervención: Intervención multifacética que incluye estrategias dirigidas al profesional (Visitas de divulgación educativa, adaptadas a las necesidades de los participantes) a la organización (cooperación con servicios de apoyo) y al paciente (información sobre alcohol y sobre su consumo)**
TIDieR item	**Explicación**
	(http://www.trimbos.nl). ▪ *Feedback* personalizado basado en su consumo de alcohol. Los pacientes recibían una carta con la categoría a la que pertenecían y el correspondiente consejo (consultar a su MF o visitar las páginas web). **Grupo control**. Los profesionales del grupo control recibieron guías y cartas informativas para el paciente sobre la problemática del consumo de alcohol por correo (a esto se le consideró, *usual care).* No recibieron ningún otro tipo de apoyo ni entrenamiento. Una vez finalizado el estudio, los pacientes atendidos por los profesionales del grupo control recibieron *feedback* personalizado sobre el consumo de alcohol.
5. Quién	Docente/entrenador (facilitador). Un MF participó como asesor en el desarrollo de este programa.
6. Cómo	Entrenamiento 'cara a cara' + *role-playing* + *feedback* personalizado (a profesionales y a pacientes).
7. Dónde	Centros de salud (Holanda) con médicos de familia y enfermeras + asistentes.
8. Cuándo/Cuánto	En el grupo intervención participaron 40 centros de salud (63 MFs) y en el grupo control 37 centros (56 MFs). **Sesión de entrenamiento:** 2-3 horas. Se realizaban por la tarde junto con una ligera cena (sopa, pan, fruta). Contenido básico estandarizado: presentación basada en las guías de práctica clínica y programas de entrenamiento del colegio de médicos de familia holandés y guías internacionales de reciente publicación. Además se utilizó un módulo de entrenamiento desarrollado en el PHEPA PROJECT. **Visita de experto:** 1 hora. No se incluye información de cuántas sesiones recibió cada equipo/profesional (solo datos resumidos; ver en Adherencia).
9. Adaptación	Dependiendo de las actitudes y necesidades del equipo se realizaba una adaptación de la sesión de entrenamiento y/o de la visita del experto. En *Addiction* 2012, se especifica cómo se realizaba la adaptación de la sesión de entrenamiento: El docente buscaba cuáles eran las dificultades que encontraban los MFs. Las actitudes de los profesionales sobre el consumo de riesgo de alcohol se medían con el *SAAPPQ*, cuyos resultados se discutían en la primera sesión. También se discutían las guías basadas en la evidencia.
10. Modificaciones	La intervención se publicó en dos revistas diferentes en el mismo periodo de 2012. La descripción se complementa, siendo más detallada la tabla que aparece en *Addiction* 2012. En *ClinicalTrials* se describe un resumen. No se encontró la publicación del protocolo del estudio por lo que no se puede comparar si, una vez diseñada la intervención, se realizaron modificaciones.
11. Adherencia	Descrita en *Addiction* 2012. A los MFs que no respondieron se les preguntó sobre su comportamiento respecto al *screening* y el consejo. Se mantuvo un registro para evaluar la participación de los MFs en los distintos componentes del programa de mejora.
12. Alcance de la adherencia valorada	A pesar de recibir varias invitaciones, 13 MFs (20.6%) no acudieron ni a una sesión de entrenamiento ni a la visita realizada por el experto. Solo la mitad de los centros del grupo intervención consiguió alcanzar el objetivo (cada MF del centro asistiría al menos a una sesión de entrenamiento y a una visita por experto), 20 centros (25 MFs). De estos, 55% era un profesional único. Otros 12 MFs cumplieron este criterio, pero en sus centros (n=11) al menos 1 MF no lo cumplió. Otros miembros del equipo también asistieron a las sesiones de entrenamiento: 14 enfermeras/asistentes asistieron a una sesión y otras 8 a dos sesiones. En seis centros (15%) se constató la relevancia de su papel.

Tabla 34. Descripción de la intervención del estudio incluido "Kaner 2003". (64)

Kaner 2003	**Tipo de intervención: Visitas de divulgación educativa con y sin apoyo telefónico**
TIDieR ítem	**Explicación**
1. Nombre	**No se especifica (*Intervention by nurses in Primary Care*).**
2. Por qué	La mayoría de estudios realizados hasta principios de los 2000 se focalizaban en intervenciones dirigidas a los MF; sin embargo, el cribado y la intervención breve (**SBI**) realizada por enfermeras de atención primaria ya había demostrado ser efectiva en reducir el consumo excesivo de alcohol. En un contexto de restricciones presupuestarias en salud es importante no solo valorar el impacto de distintas estrategias de promoción basadas en el comportamiento, sino también sus implicaciones sobre los recursos del servicio de salud. El objetivo de este estudio es evaluar tanto el impacto clínico como el coste efectividad de 3 intervenciones con distinta intensidad para promover SBI entre enfermeras de AP.
3 y 4. Qué	**Tres grupos: control, entrenamiento, entrenamiento + apoyo:** El programa utilizado, *Drink-less SBI Programme*, publicado en un artículo de 1994 no se recupera ni en Google ni en PubMed. Se pidió a las enfermeras que utilizaran el AUDIT para cribar a los pacientes y que dieran consejo a los bebedores de riesgo (hombres con valores >8+ y a mujeres con >7+). **Grupos de intervención:** 1. **Entrenamiento:** Las enfermeras recibieron el programa SBI durante una visita en el centro de salud cuando ellas ya habían experimentado con el programa (tiempo medio: 34 min, DE=13). El entrenamiento familiarizaba a las enfermeras en los procedimientos del SBI y problemas prácticos que habían surgido (ej: dificultades con abordar el tema del alcohol y tratar con reacciones negativas de los pacientes). 2. **Entrenamiento + apoyo:** Al igual que en el grupo 1, las enfermeras recibieron el programa SBI durante una visita en el centro de salud cuando ellas ya habían experimentado con el programa (tiempo medio: 33 min, DE=10) y recibieron un entrenamiento similar. Posteriormente, recibieron dos llamadas telefónicas semanales para resolver dudas o problemas surgidos durante SBI. **Control:** Los centros recibieron el programa SBI y una carta dirigida a las enfermeras en la que se relacionaban las guías de implementación. Aseguraron que las enfermeras seleccionadas recibían el envío. Se llamó a todas las enfermeras dos días después de la entrega del programa SBI para preguntar si lo habían recibido y para recordarles que devolvieran el cuestionario de evaluación basal; y en el caso de las enfermeras de los grupos 1 y 2, se les preguntaba además si estaban satisfechas con el entrenamiento. A los 3 meses de seguimiento todas recibieron una visita para contabilizar el material SBI restante y recoger copias anónimas de los cuestionarios de cribado. El grupo investigador utilizó los cuestionarios para catalogar a los bebedores de riesgo y para identificar los pacientes que recibieron la intervención breve.
5. Quién	No se especifica quién desarrolló la intervención, ni su perfil profesional. En los agradecimientos, se reconoce la ayuda de una doctora en la realización de las visitas de seguimiento.
6. Cómo	Entrenamiento individual con el programa SBI (hasta alcanzar un tiempo) + entrevista de seguimiento cara a cara.
7.- Dónde	Centros sanitarios de 7 distritos del Norte de Inglaterra (los que permanecieron tras un estudio previo sobre MF realizado en la misma zona por los mismos autores).
8.- Cuándo/Cuánto	Llamada telefónica dos días después de enviar el programa SBI y dos llamadas semanales a los grupos 1 y 2. Las visitas de seguimiento se realizaron 3 meses después.
9.- Adaptación	No consta que se haya adaptado la intervención dirigida a las enfermeras, aunque el mismo grupo realizó un estudio similar con MFs anteriormente.
10.- Modificaciones	No se puede valorar si se han realizado modificaciones en la intervención, ya que no hay protocolo, ni registro en base datos internacional, ni otra publicación del mismo estudio.
11. Adherencia	La implementación consistía en realizar cribado (cobertura del programa) y una adecuada intervención breve (adherencia al protocolo).
12. Alcance de la adherencia valorada	Un 60% de las enfermeras de los centros habían implementado el programa SBI (un 74% y un 71% en los grupos 1 y 2 y un 39% en el grupo control). Las enfermeras del grupo control cribaron menos pacientes que las entrenadas y/o entrenadas + apoyo; al igual que la realización de una intervención breve adecuada.

Tabla 35. Descripción de la intervención del estudio incluido "ODHIN 2014" (110)(109)(106)(108)(107)

ODHIN 2014	**Tipo de intervención: Intervención multifacética que incluye estrategias dirigidas al profesional (Visitas de divulgación educativa, adaptadas a las necesidades de los participantes) organizativas (herramienta informática para Intervención Breve) y financieros (incentivos económicas).**
TIDieR item	**Explicación**
1. Nombre	No consta
2. Por qué	Una de las preocupaciones de la salud pública es explorar estrategias efectivas de implementación de actividades de cribado e intervenciones breves, dirigidas a disminuir el consumo excesivo de alcohol (bebedores de riesgo) en atención primaria; para ello y con el objetivo de disminuir la brecha entre el conocimiento y la práctica clínica se ha diseñado este estudio europeo en el que se evalúa el efecto de tres estrategias (ya sea, aplicadas de una en una o en combinación).
3 y 4. Qué	**Sesión inicial:** En todos los centros que aceptaron participar y antes de iniciar el reclutamiento, se realizaba una sesión inicial de 30 minutos para explicar el objetivo del estudio y la recogida de datos inicial. **Sesión post-reclutamiento:** En todos los centros se realizó una sesión para explicar el estudio de 15-45 minutos, adaptada a cada una de las ramas (el grupo control y el de incentivación económica, solo recibieron la información de la rama a la que habían sido asignados, bien 'cara a cara' o bien por teléfono). Contenido y distintas combinaciones de las tres **estrategias de implementación**: **Rama 1. Sesión de entrenamiento y apoyo para mejorar el conocimiento y la motivación de los profesionales sanitarios (médicos y/o enfermeras de atención primaria):** Se ofrece la posibilidad de recibir dos sesiones de entrenamiento cara a cara con el experto (1-2 horas) y una llamada telefónica al responsable del centro durante las 12 semanas que duraba el periodo de implementación. Si era necesario se daba la posibilidad de realizar una sesión adicional de 1-2 horas. Todo ello en un espacio temporal de alrededor de 2 semanas. Contenidos (teoría y ejercicios prácticos): conocimientos, habilidades, actitudes, barreras percibidas y facilitadores para implementar el cribado y el consejo breve. Cada país utilizó material escrito procedente de las guías disponibles en su entorno. **Rama 2. Incentivos económicos:** El pago dependía de los salarios y retenciones de cada país. **Rama 3. e-BI (intervención breve on-line/electrónica):** Remitir a los bebedores de riesgo a una página web (con acceso mediante contraseña), con recomendaciones específicas según país. Todos los profesionales recibieron instrucciones guiadas sobre cómo ofrecer al paciente la e-BI; además, se les pidió que invirtieran tiempo revisando la web. *Contenidos:* herramienta de cribado para calcular 'score' y dar *feedback* (ej.- consejo breve); información sobre beber con sensatez; impacto del alcohol en la salud y el bienestar; diario de bebidas. Servicio de recordatorio para el seguimiento. **Rama 4. Sesión de entrenamiento y apoyo + Incentivos económicos**. **Rama 5. Sesión de entrenamiento y apoyo + e-BI**. **Rama 6. e-BI + Incentivos económicos.** **Rama 7. Sesión de entrenamiento y apoyo + e-BI + Incentivos económicos.** Todos los grupos, incluido el **control (Rama 8)** recibieron un **resumen escrito** con las recomendaciones de cribado y consejo breve para el consumo de riesgo o excesivo de alcohol. Ninguna otra intervención.
5. Quién	**Sesiones de Entrenamiento.** Dependiendo del país eran realizadas por: Pares de expertos en el entrenamiento, miembros del equipo investigador, profesores acreditados o consultores.
6. Cómo	Entrenamiento 'cara a cara' y/o incentivación económica y/o intervención breve on-line/electrónica (e-BI)
7. Dónde	Ámbito de atención primaria. Dependiendo del país se realizaban, bien sesiones exclusivas para un centro de salud o bien se reunía a profesionales de varios centros.
8. Cuándo/Cuánto	Todos los centros recibieron una sesión inicial de 30 minutos; y una sesión post-reclutamiento (en el siguiente mes) adaptada a cada rama de 15-45 minutos. Ramas 1, 4, 5 y 7: Sesión de entrenamiento: 1 a 2 horas (era opcional recibir una sesión adicional).
9. Adaptación	El contenido de las estrategias de implementación fue adaptado al contexto de cada país participante.
10. Modificaciones	No se detecta que se hayan realizado modificaciones de la intervención; sí pormenorizan con

ODHIN 2014	**Tipo de intervención: Intervención multifacética que incluye estrategias dirigidas al profesional (Visitas de divulgación educativa, adaptadas a las necesidades de los participantes) organizativas (herramienta informática para Intervención Breve) y financieros (incentivos económicas).**
TIDieR item	**Explicación**
	más detalle algunas de las especificaciones del e-BI en el artículo BMJ Open 2016.
11. Adherencia	Se exploran distintos aspectos del proceso: 1. Diferencias en los niveles de implementación entre los profesionales de los distintos países 2. Capacidad para motivar a los pacientes a utilizar el e-BI (tasa de conexiones a la web) 3. Tiempo medio empleado en derivar a un paciente de riesgo al programa e-BI
12. Alcance de la adherencia valorada	Resultados para las ramas con e-BI (3, 5, 6 y 7): el 28% de los profesionales asignados a rama/s con e-BI se familiarizó con la aplicación (tal y como se les había indicado). Un 51% de los profesionales derivaron al menos un paciente (de estos profesionales, el 40% se había familiarizado con la aplicación). Capacidad para motivar a los pacientes a utilizar al e-BI: Cataluña: 1/12 centro; Holanda: 5/12 centros; Polonia: 9/12 centros; Inglaterra: 10/12 centros; Suecia: todos los centros (12. Tiempo medio empleado: 5,5 minutos en e-BI frente a 7 minutos para los que realizaban el consejo breve cara a cara.

Tabla 36. Descripción de la intervención del estudio incluido "Saitz 2003". (111)

Saitz 2003	**Tipo de intervención: Intervención mediada por el paciente**
TIDieR item	**Explicación**
1. Nombre	Screening and Intervention in Primary Care, SIP.
2. Por qué	**Hipótesis:** El consejo sobre el consumo de alcohol que dan los médicos se incrementaría facilitando a los MF resultados de cribado y recomendaciones individualizadas. Es un método sencillo y económico en su implementación, mucho más asequible que el entrenamiento de todos los médicos en el manejo de problemas con el alcohol.
3 y 4. Qué	**Encuesta previa al MF:** Valoración de actitud hacia las adicciones de los pacientes; satisfacción profesional respecto a pacientes con problemas de alcohol; experiencias personales o de conocidos con abuso de alcohol o drogas; otros temas relacionados con alcohol/médicos. **Pasos de la intervención:** 1. **Entrevista con el paciente antes de la visita médica (*screening*):** Un investigador entrenado (*"staff researcher"*) realiza el reclutamiento y entrevista al paciente sobre: características demográficas; consejo previo sobre alcohol y preparación para el cambio; medicación, comorbilidad y uso de tabaco y otras drogas. 2. **Visita médica/intervención dirigida a que el MF realice el consejo:** Con toda la información recogida antes de la visita médica, el *staff researcher* prepara una hoja con el plan de acción a seguir con cada paciente y se la da al MF. Primera página: resultados del cribado, valoración preliminar y recomendaciones específicas. Segunda página: valor predictivo del CAGE, definiciones de abuso de alcohol, estrategia para pacientes que no están preparados para el cambio, lista de síntomas de abuso o dependencia e información sobre derivaciones. Para incrementar el número de consejos realizados por los clínicos, se pegaba un **Post-it** a la hoja de la intervención con la pregunta: ¿ha podido discutir sobre el alcohol? Si la respuesta es no, detalle el motivo.
5. Quién	Participaron 3 *staff researchers;* no especifican su perfil profesional.
6. Cómo	Al clínico se le realiza una entrevista previa cara a cara + entrega hoja de papel con información individualizada/recomendaciones antes de ver a cada paciente, junto con una serie de conceptos y elementos clave para mejorar el abordaje del consejo en la consulta.
7. Dónde	Centros sanitarios docentes de atención primaria urbanos (Boston, Estados Unidos).
8. Cuándo/Cuánto	Entrevistas a MF/Residentes antes de iniciar el reclutamiento de pacientes (julio 1997). Entrega de la hoja individualiza al MF/Residente antes de la visita de cada paciente.
9.- Adaptación	No consta que se haya adaptado la intervención dirigida a los clínicos.
10. Modificaciones	No se puede valorar si se han realizado modificaciones en la intervención dirigida a los clínicos, ya que no hay protocolo, ni registro en base datos internacional, ni otra publicación de resultados.
11. Adherencia	No se especifica que se haya valorado.
12. Alcance de la adherencia valorada	N.A.

Tabla 37. Descripción de la intervención del estudio incluido "Sanci 2015". (112,113)

Sanci 2015	**Tipo de intervención: Visitas de divulgación educativa**
TIDieR item	**Explicación**
1. Nombre	No se especifica ***(PARTY Project)***
2. Por qué	Entre las barreras que las enfermeras y los médicos de familia (MFs) de atención primaria encuentran para realizar tanto el cribado como el consejo dirigidos a prevenir conductas de riesgo en jóvenes, destacan las limitaciones de tiempo, la falta de entrenamiento, habilidades y confianza en la respuesta, además de la escasa disponibilidad de servicios especialistas adecuados. Algunos de los autores de este proyecto pilotaron una intervención educativa dirigida a MFs para abordar estas barreras (BMJ 2000). Dicha intervención cuenta con estrategias basadas en la evidencia para el cambio de comportamiento, y mostró que era posible mejorar las habilidades de los MFs en comunicación y cribado de factores de riesgo con pacientes simulados.
3 y 4. Qué	La intervención dirigida a MF y Enfermeras fue adaptada de un estudio piloto previo para acortar su duración (9 horas en total). Consta de tres bloques formativos y dos visitas al centro de salud. El equipo de apoyo (recepcionistas y responsables del centro) también recibió contenidos del Taller 1 en una sesión de 2-3 horas de entrenamiento interactivo y contenidos de las visitas 1 y 2: **Taller 1. Salud del adolescente, desarrollo y cuidado amigable.** ▪ Contenido: Desarrollo del adolescente. Barreras para el acceso al cuidado. Cuidado amigable del adolescente. Cribado de factores de riesgo y protectores. Relación con otros servicios para jóvenes. Aspectos médico-legales en el manejo de menores. ▪ Video demostrativo: buenas y malas prácticas con ejemplos (confidencialidad, habilidades de comunicación, recepción y consulta amigable). **Taller 2. Sesión práctica/experimental - Cribado de riesgos.** ▪ Contenido: Negociando el tiempo sin interferencias de progenitores. Discusión de confidencialidad y excepciones. Valoración HEADSS (*Home. Education, eating, exercise; Activities and peers; Drugs, cigarettes and alcohol; Suicide, depression and other psychiatric symptoms and Safety*). Explicar procesos a jóvenes. Dar *feedback*. Negociando cómo gestionar y planificar con jóvenes. Consulta con progenitores. ▪ *Role-playing*. Los clínicos practicaban habilidades de comunicación mediante entrenamiento con jóvenes actores. ▪ Video demostrativo sobre consulta amigable y aproximación a la valoración HEADSS. **Taller 3. Sesión práctica/experimental – Entrevista motivacional (3 horas).** Para su desarrollo se tuvieron en cuenta los 5 principios de la entrevista motivacional (expresar empatía, desarrollar discrepancias, evitar discusiones, manejar la resistencia y apoyar la autoeficacia). ▪ Contenido: Utilización de la regla DARN-C: Deseo de cambiar; Habilidad, cómo cambiar; Razones, las 3 principales; Necesidad, importancia; Compromiso, ¿qué crees que harás? ▪ *Role-playing*. Los clínicos practicaban la intervención mediante entrenamiento con jóvenes actores. ▪ Lecturas seleccionadas y videos demostrativos sobre entrevista motivacional con adolescentes (uso de anticonceptivos, tabaco, marihuana y conducción peligrosa). **Visita 1. Revisión y *plan-do-study-act* PDSA#1. 0,75-2 horas.** Herramienta de cribado diseñada para motivar a los clínicos a discutir con sus pacientes sobre comportamientos de riesgo y fortalezas. Lista de servicios locales para consultas complejas y específicas para jóvenes de alto riesgo. Recursos para jóvenes y progenitores: folletos sobre confidencialidad, cribado, tarjeta del Servicio Nacional de Salud… **Visita 2. *Plan-do-study-act* PDSA#2. 0,5 horas aprox.** Segundo ciclo PDSA. Revisión del proceso de implementación de la herramienta de cribado y propuestas de cambio si se consideró necesario. Los investigadores de apoyo (*research assistants*) proporcionaron pósters y folletos sobre cuidado amigable y comportamientos de riesgo. Se presentaron a los clínicos y personal de apoyo los datos recogidos en las entrevistas para ayudarles a identificar aspectos mejorables del cuidado. Estos datos incluían perfil de riesgo de los pacientes, si los clínicos discutían comportamientos de riesgo durante la consulta, satisfacción del paciente, confianza y probabilidad de que volviera a la consulta. **Grupo control**. Los profesionales del grupo control recibieron un seminario de 3 horas sobre la salud de los jóvenes, cribado de factores de riesgo, redes profesionales para el manejo de

Sanci 2015	Tipo de intervención: Visitas de divulgación educativa
TIDieR item	**Explicación**
	casos complejos y aspectos médico-legales de la consulta con menores. También se les facilitaron lecturas seleccionadas, y aunque se discutió en el grupo, no se realizó aprendizaje activo mediante *role-playing* ni trabajo en grupo. El seminario era un curso habitualmente ofrecido a los profesionales australianos.
5. Quién	**Docente/entrenador de los talleres:** dos expertas en el manejo del adolescente en atención primaria que trabajan en la Universidad de Melbourne (una en el *General Practice and Primary Health Care Academic Centre* y otra en el *Youth Research Centre*). Ambas habían desarrollado la intervención junto con otros dos investigadores. **Entrenador de las visitas:** investigadores colaboradores (no se especifican más detalles). Participaron 42 centros de salud (19 en grupo intervención y 21 en el control).
6. Cómo	**Taller 1:** Grupos de discusión. Casos clínicos. Lecturas y otros recursos. Material audiovisual. **Taller 2 y 3:** *Role-playing* 1:1 con actores jóvenes. Material audiovisual. Lecturas. Registro diario para la consulta. **Visita 1:** Reunión de equipo al completo. *Feedback* de la situación basal y de discusiones.
7. Dónde	Centros de salud (Victoria, Australia; área metropolitana y rural) o un local cercano al que podían asistir profesionales de varios centros de salud.
8. Cuándo/Cuánto	**Talleres de entrenamiento:** Tres talleres de 2-3 horas con una o dos semanas entre cada uno de ellos. **Visitas 1 y 2: PDSA#1. 0,75-2 horas y PDSA#2. 0,5 horas aprox.** La segunda visita se realizó dos semanas después de la primera.
9. Adaptación	No se explicita como tal, pero es seguro que en los talleres 2 y 3 y las visitas prácticas los expertos adecuaran la intervención a las actitudes y necesidades del equipo.
10. Modificaciones	El protocolo del estudio se publicó en 2012 y el trabajo de campo se desarrolló entre 2007 y 2011. Esto dificulta la detección de modificaciones en la implementación de la intervención. Una de las modificaciones realizadas fue la inclusión a mitad del trabajo de campo de investigadores de apoyo que estaban en las salas de espera de los centros y animaban a los jóvenes a participar en el estudio.
11. Adherencia	Descrita en *PLOSOne* 2015. Los investigadores de apoyo telefonearon a los pacientes tras la consulta para obtener su consentimiento y realizar la **entrevista de salida** mediante *Computer Assisted Telephone Interview* (CATI).
12. Alcance de la adherencia valorada	Un 94% de los 31 MFs del grupo intervención asistió al menos a uno de las 3 talleres y un 74% asistió a los 3 talleres (y un 50% de las enfermeras, 11/22). En cuanto al grupo control, un 80% asistió al seminario. Todos los centros de salud recibieron las dos visitas, incluyendo el *feedback* del paciente; y en la mayoría participó el personal de apoyo. En la mayoría de los centros no se utilizó la herramienta de cribado en las consultas, sino que se hizo de forma verbal (aplicaban el sistema HEADSS).

Tabla 38. Descripción de la intervención del estudio incluido "WHO 2005". (114)(115)(2)

WHO 2005	**Tipo de intervención Fase 2: Visitas de divulgación educativa con y sin apoyo telefónico**
TIDieR ítem	**Explicación**
1. Nombre	No se especifica *(Disseminating and Implementing Brief Alcohol Intervention in Primary Health Care).*
2. Por qué	Según distintos autores, existe controversia en cuanto a lo que opinan los médicos de familia (MFs) sobre el abordaje del consumo de alcohol en las consultas; una gran proporción de MFs opina que sí realizan cribado e intervenciones en sus pacientes, sin embargo muchos pacientes opinan que es poco habitual que su MF le pregunte por su consumo de alcohol, incluso los bebedores importantes. Este estudio proporciona evidencia adicional sobre el impacto de estrategias para promover la diseminación y la implementación de un programa de intervención breve para reducir el consumo de alcohol (***Drink-less SBI programme***) en atención primaria. El objetivo del programa era capacitar a los profesionales de atención primaria a cribar a los pacientes con problemas relacionados con el alcohol y a dar un consejo estructurado de 5 minutos a los bebedores de riesgo sobre cómo reducir el consumo. Para ello, se plantean dos etapas, en una primera etapa se examinan tres estrategias de marketing para diseminar el programa a los MFs y en una segunda etapa, se examina el impacto de dos estrategias de entrenamiento y apoyo para implementar el programa en atención primaria.
3 y 4. Qué	El estudio cuenta con dos etapas: **<u>Etapa 1</u>. <u>Diseminación</u>.** Se evaluaron tres estrategias de marketing: 1. ***Postal Marketing*/Envío por correo:** Los MFs recibían un folleto promocional que describía el programa SBI (con texto e imágenes) y se les ofrecía materiales de forma gratuita. El envío se realizaba por correo postal certificado (con comprobante de respuesta). Aquellos MFs que aceptaban participar lo hacían devolviendo la respuesta certificada o mediante una llamada telefónica al centro coordinador del estudio (n=1730). 2. ***Telemarketing*/Marketing telefónico:** Los MFs recibieron llamadas telefónicas a sus consultas y, mediante una conversación guiada, se les preguntaba si estarían interesados en recibir el programa. Se les comentaban los objetivos del programa y se les describían los materiales. Si los MFs aceptaban participar en el programa, lo hacían verbalmente durante la conversación telefónica (n=1022). En tres de los países se limitó el número de llamadas para hablar con el MF; hasta 3 intentos en Bélgica, 5 en Australia y 10 intentos en Inglaterra. 3. ***Academic detailing/Personal marketing*/Marketing personalizado:** En cada país se utilizaron distintas formas de organizar las visitas; en cualquier caso, el encargado de realizar las visitas llamaba a la consulta del MF con antelación para planificar la cita, sin explicar en ese momento la razón de la misma. Los responsables de la visita utilizaron un guion de marketing (previamente ensayado) para promover el programa y mostrar el uso de los materiales. Si los MFs aceptaban participar en el programa, lo hacían verbalmente durante la visita (n=684). **<u>Etapa 2</u>. <u>Implementación</u>.** Se distribuyó a los MFs en tres grupos: control, entrenamiento, entrenamiento +apoyo): 1. **Control:** Los MFs recibían únicamente información escrita en relación con el programa SBI. El programa de intervención breve contenía una guía sobre la implementación y la recogida de datos; y se entregó directamente a cada centro o se envió por correo (no hubo demostración del programa, ni los MFs recibieron ningún tipo de entrenamiento previo, ni apoyo en el seguimiento). **2.** ***Outreach training*/entrenamiento:** Los MFs y sus recepcionistas recibían una sesión de entrenamiento "cara a cara" en relación al programa SBI. Se hizo una demostración de los materiales del programa y de los procedimientos de recogida de datos. No se realizó apoyo al centro durante las 12 semanas que duró el periodo de implementación. **3.** ***Ongoing support/*entrenamiento+apoyo:** Los MFs y sus recepcionistas recibían igualmente una sesión de entrenamiento cara a cara. Pero además, también recibían apoyo y consejo en relación con el programa de implementación a través de llamadas telefónicas quincenales (*England*) y/o visitas en el centro (Australia), durante las 12 semanas que duró el periodo de implementación. Durante las llamadas se trataron distintos tipos de problemas: actitudes y creencias de los profesionales (motivación y auto-eficacia); intervención con los pacientes (dificultades al sacar el tema del alcohol en consulta; reacción negativa del paciente); temas logísticos (restricciones de tiempo) y

WHO 2005	Tipo de intervención Fase 2: Visitas de divulgación educativa con y sin apoyo telefónico
TIDieR ítem	**Explicación**
	sugerencias prácticas para cribado y consejo. **Cribado e intervención al paciente.** El cribado se realizaba con el AUDIT; los recepcionistas, se encargaban de distribuir los cuestionarios en las salas de espera. Posteriormente, el MF valoraba el cuestionario y ofrecía consejo a los pacientes en riesgo (AUDIT≥8) con una ficha diseñada específicamente para ello. A los pacientes se les entregaba una libreta de bolsillo para reforzar el consejo ofertado por el MF, con el impacto en salud del consumo excesivo de alcohol y un plan de 6 pasos para modificar los hábitos de bebida.
5. Quién	Las estrategias de marketing telefónico y personalizado fueron desarrolladas por personal entrenado (con capacidad para anticipar y valorar cualquier problema, barreras o reservas expresadas por los MFs); esto se hizo en todos los países y para ello se utilizó un protocolo estandarizado. El grupo encargado de realizar el entrenamiento y el apoyo en todos los países, fue entrenado mediante un protocolo estandarizado y con guiones escritos. En ninguno de los artículos se describe el perfil profesional de los 'entrenadores'.
6. Cómo	Marketing: Material escrito; llamada telefónica; visita cara a cara. Implementación: Material escrito y/o Entrenamiento cara a cara y/o apoyo telefónico.
7. Dónde	Centros de salud de 6 países (multicéntrico): Australia, Belgium (Flanders), Denmark, England, New Zealand y España (Cataluña). Las distintas estrategias no fueron aplicadas de forma homogénea en los 6 países; en Dinamarca se aplicaron las 3 estrategias de la diseminación y en la de implementación, Nueva Zelanda no incluyó el grupo control y Cataluña no incluyó el grupo de apoyo.
8. Cuándo/Cuánto	La implementación duró 3 meses, después de los cuales se visitó a los profesionales en los centros, donde fueron entrevistados y se contabilizó el material no utilizado. No se especifica un tiempo aproximado de la duración de las llamadas telefónicas, ni de las visitas cara a cara con los profesionales (ni en la diseminación, ni en la implementación).
9. Adaptación	No consta que se haya adaptado la intervención.
10. Modificaciones	Según el contenido de los apartados de las distintas publicaciones de resultados del grupo, no parece que se hayan realizado modificaciones en la intervención. Sin embargo, no se puede valorar con certeza, ya que no se publicó el protocolo, ni consta el registro en una base de datos internacional.
11. Adherencia	Se contabilizó el total de materiales del programa que no se utilizaron para confirmar el uso de los mismos (adherencia).
12. Alcance de la adherencia valorada	Diseminación: Un 49% de los MFs aceptaron el programa SBI (mayor en las estrategias de marketing telefónico y personalizado vs el envío por correo). La aceptación del marketing telefónico en Cataluña fue bastante menor que en los otros 5 países. Implementación: mejor en los grupos que recibieron entrenamiento y apoyo que el grupo control.

6.5. Resultados de los estudios individuales

Hemos incluido 9 estudios con 18 comparaciones. En 3 de ellos (Saitz 2003, Chosis 2006 y Sanci 2015) se presentan resultados de cumplimiento de recomendaciones por parte de los profesionales (proceso) y resultados en pacientes; en 4 (Buchsbaum 1993, Odhin 2016, Who 2005 y Kaner 2003) solo se presentan resultados de proceso de atención y en 2 (Butler 2013 y Hilbinck 2006) únicamente se presentan resultados en pacientes.

En la tabla 39 se exponen los resultados para las 10 comparaciones de los 7 estudios que presentan resultados del proceso de atención. Y en la tabla 40 los resultados para las 8 comparaciones de los 5 estudios que presentan resultados en pacientes.

Las medidas resultados reportadas fueron:

- Para los resultados de cumplimiento de recomendaciones (proceso):
    - Tasa de cribado (WHO 2005, Odhin 2016)
    - Tasa de consejo/discusión/ intervención breve en pacientes con cribado positivo (Buchsbaum 1993, Saitz 2003, Kaner 2003, WHO 2005, Chossis 2007, Odhin 2016, Sanci 2015)
    - Tasa de intervención (pacientes con cribado e intervención breve en los consumidores de riesgo) (Odhin 2016)
- Para resultados en pacientes:
    - Número de bebidas/día (Saitz 2003 y Chossis 2007)
    - Número de bebidas/semana (Saitz 2003)
    - Cambio puntuación AUDIT (Butler 2013)
    - Cambio nivel de riesgo según AUDIT (Hilbink 2012)
    - Porcentaje de consumo de alcohol (Sanci 2015)

Los métodos de medida utilizados fueron:

- Información referida por el paciente a través de entrevistas personales o telefónicas (Buchsbaum 1993, Saitz 2003, Chossis 2007, Sanci 2007, Butler 2013, Hilbink 2012))
- A través de cuestionarios cumplimentados por profesional (WHO 2005, Kaner 2003, Odhin 2016)
- A través de registros de Historia Clínica (datos parciales, de Cataluña, Odhin 2016).

La duración del seguimiento de pacientes para evaluar los resultados fue 3 meses (Chossis 2007), 6 meses (Sanci 2015 y Saitz 2003), 12 meses (Butler 2013) y 2 años (Hilbink 2012).

Tabla 39. Resultados de las 10 comparaciones de resultados de cumplimiento de recomendaciones (proceso)									
Estudio	**País/ Profesional**	**Tipo intervención**	**Grupo compara-ción**	**Co-interven-ciones**	**Simple o Multifacética**	**Tamaño**	**Medidas resultados**		**Efecto**
Buchsbaum 1993	EEUU/ Residentes	Intervención mediada por el paciente (información sobre consumo de alcohol+ recomendaciones individualizadas)	Práctica habitual	No reportadas	Intervención simple	83 residentes (42 en GI y 41 en GC). Pacientes 217, 87 no dependientes (45 en GI y 42 en GC)	Tasa de consejo, referida por paciente	38% vas 21%	17%
Saitz 2003	EEUU/ Médicos	Intervención mediada por el paciente (información sobre consumo de alcohol+ recomendaciones individualizadas)	Práctica habitual	No reportadas	Intervención simple	22 facultativos (10 en GI y 12 en GC); 240 pacientes	Porcentaje de discusión, de consejo y de asesoramiento, referidas por el paciente	Discusión: 74% vs 51%; Consejo: 64% vs 42%; Asesoramiento: 54% vs 41%	Mediana: 22%; RIC: 17,5%; 22,5%
Saitz 2003	EEUU/ Residentes	Intervención mediada por el paciente (información sobre consumo de alcohol+ recomendaciones individualizadas)	Práctica habitual	No reportadas	Intervención simple	19 residentes (10 en GI y 9 en GC); 72 pacientes	Porcentaje de discusión, de consejo y de asesoramiento, referidas por el paciente	Discusión: 51% vs 70%; Consejo: 38% vs 59%; Asesoramiento: 28% vs 46%	Mediana: -19%; RIC: -20,5%; -18,5%

Tabla 39. Resultados de las 10 comparaciones de resultados de cumplimiento de recomendaciones (proceso)									
Estudio	**País/ Profesional**	**Tipo intervención**	**Grupo compara-ción**	**Co-interven-ciones**	**Simple o Multifacética**	**Tamaño**	**Medidas resultados**		**Efecto**
Chossis 2007	Suiza/ Residentes	Visitas de divulgación educativa (entrenamiento personal con experto (1-2 horas) y una llamada telefónica al responsable del centro durante las 12 semanas que duraba el periodo de implementación. Si era necesario se daba la posibilidad de realizar una sesión adicional de 1-2 horas)	Formación sobre lípidos	Cribado por investigador previo a consulta	Intervención simple	27 residentes (14 en GI y 13 en GC); 260 pacientes (135 en GI y 125 en GC)	Porcentaje de cumplimiento de los 12 componentes de la intervención breve, referido por paciente	C1: 54% vs 46%; C2: 27% vs 10%; C3: 33% vs 21%; C4: 19% vs 6%; C5: 22% vs 12%; C6: 13% vs 8%; C7: 18% vs 13%; C8: 13% vs 6%; C9: 13% vs 10%; C10: 9% vs 9%; C11: 11% vs 10%; C12: 4% vs 1%	Mediana: 5,76%; RIC: 3,48%; 10,24%
Odhin 2016	Cataluña, Inglaterra, Países Bajos, Polonia y Suecia/ Multidisci-plinar	Visitas de divulgación educativa (entrenamiento 34 minutos)+apoyo (2 llamadas semanales)	Recomendaciones escritas	Hoja registro incluye recomendaciones	Multifacética	30 centros (15 en GI y 15 en GC)	Tasa de cribado, de consejo y de intervención, a través de cuestionarios cumplimentados por médico	Cribado: 3,9% vs 2,7%; Consejo: 0,8% vs 0,4%; Intervención: 86% vs 38,6%	Mediana: 0,78%; RIC: 0,58%; 0,98%

Tabla 39. Resultados de las 10 comparaciones de resultados de cumplimiento de recomendaciones (proceso)									
Estudio	**País/ Profesional**	**Tipo intervención**	**Grupo compara-ción**	**Co-interven-ciones**	**Simple o Multifacética**	**Tamaño**	**Medidas resultados**		**Efecto**
Sanci 2015	Australia/ Multidisci-plina-	Visitas de divulgación educativa (9 horas en tres bloques formativos y dos visitas al centro de salud. El equipo de apoyo (recepcionistas y responsables del centro) también recibió parte de contenidos (sesión de 2-3 horas de entrenamiento interactivo)	Formación sobre salud en jóvenes	No reportadas	Intervención simple	42 centros (21 en GI y 21 en GC); 901 pacientes (377 en GI y 524 en GC)	Porcentaje de discusión, referido por paciente	29,9% vs 16,5%	13,40%
WHO 2005	Australia, Bélgica, Dinamarca, Inglaterra, Nueva Zelanda y Cataluña/ Médicos y recepcionis.	Visitas de divulgación educativa (entrenamiento individualizado)	Recomendaciones escritas	Recepcionistas entregan cuestionario en sala de espera	Intervención simple	727 médicos (263 en GI 1, 255 en GI 2, 209 en GC)	Tasa de cribado y de consejo, a través de cuestionarios cumplimentados por médico	Cribado: 6% vs 1%. Consejo: 3% vs 0%	Mediana: 4%; RIC: 3,5%; 4,5%

Tabla 39. Resultados de las 10 comparaciones de resultados de cumplimiento de recomendaciones (proceso)									
Estudio	**País/ Profesional**	**Tipo intervención**	**Grupo compara-ción**	**Co-interven-ciones**	**Simple o Multifacética**	**Tamaño**	**Medidas resultados**		**Efecto**
Kaner 2003	Inglaterra/ enfermeras	Visitas de divulgación educativa (entrenamiento 34 minutos)	Recomen daciones escritas	Recepcionis tas entregan cuestionari o en sala de espera	Intervención simple	212 centros (68 en GI 1, 68 en GI 2 y 76 en GC)	Tasa intervención sobre pacientes con cribado positivo, según cuestionario registrado por enfermera	61% vs 60%	1%
WHO 2005	Australia, Bélgica, Dinamarca, Inglaterra, Nueva Zelanda y Cataluña/ Médicos y recepcionis.	Visitas de divulgación educativa (entrenamiento individualizado)+apoyo (llamadas quincenales y/o visitas al centro)	Recomen daciones escritas	Recepcionis tas entregan cuestionari o en sala de espera	Intervención simple	727 médicos (263 en GI 1, 255 en GI 2, 209 en GC)	Tasa de cribado y de consejo, a través de cuestionarios cumplimentado s por médico	Cribado: 9% vs 1%. Consejo: 3% vs 0%	Mediana: 5,5%; RIC: 4,25%; 6,75%
Kaner 2003	Inglaterra/ enfermeras	Visitas de divulgación educativa (entrenamiento 34 minutos)+apoyo (2 llamadas semanales)	Recomen daciones escritas	No reportadas	Intervención simple	212 centros (68 en GI 1, 68 en GI 2 y 76 en GC)	Tasa intervención sobre pacientes con cribado positivo, según cuestionario registrado por enfermera	64% vs 60%	4%

GI: Grupo Intervención. GC: Grupo Control.

Tabla 40. Resultados de las 6 comparaciones con medidas de resultados en pacientes.								
Estudio	**País/ profesional**	**Tipo intervención**	**Grupo de comparación**	**Co-interven-ciones**	**Tamaño**	**Resultados**		**Efecto**
Saitz 2003	EEUU/ Médicos	Intervención mediada por el paciente (información sobre consumo de alcohol+ recomendaciones individualizadas)	Práctica habitual	No reportado	22 facultativos (10 en GI y 12 en GC); 240 pacientes	Consumo alcohol (num. bebidas/día) a 3 meses	Medias: 6 vs 6,5	-0,5
Saitz 2003	EEUU/ residentes	Intervención mediada por el paciente (información sobre consumo de alcohol+ recomendaciones individualizadas)	Práctica habitual	No reportado	19 residentes (10 en GI y 9 en GC); 72 pacientes	Consumo alcohol (num. bebidas/día) a 3 meses	Medias: 3,8 vs 11,6	-7,8
Butler 2013 (3 mes)	Inglaterra/ Médicos y enfermeras	Visitas de divulgación educativa (combina aprendizaje on-line con entrenamiento presencial y seguimiento a cargo de entrenadores expertos en entrevista motivacional)	Práctica habitual	Cribado por investigador previo a consulta	27 centros (13 en GI y 14 en GC); 53 profesionales (25 en GI y 28 en GC); 740 pacientes (358 en GI y 382 en GC)	Cambio puntuación AUDIT a 3 meses	Medias: 0,34 vs 0,35	-0,01
Butler 2013 (12meses)	Inglaterra/ Médicos y enfermeras	Visitas de divulgación educativa (combina aprendizaje on-line con entrenamiento presencial y seguimiento a cargo de entrenadores expertos en entrevista motivacional)	Práctica habitual	Cribado por investigador previo a consulta	27 centros (13 en GI y 14 en GC); 53 profesionales (25 en GI y 28 en GC); 740 pacientes (358 en GI y 382 en GC)	Cambio puntuación audit a 12 meses	Medias: 0,48 vs 0,5	-0,08

Tabla 40. Resultados de las 6 comparaciones con medidas de resultados en pacientes.								
Estudio	**País/ profesional**	**Tipo intervención**	**Grupo de comparación**	**Co-interven-ciones**	**Tamaño**	**Resultados**		**Efecto**
Chossis 2007	Suiza/ Residentes	Visitas de divulgación educativa (taller interactivo grupal, 8 hrs)	Formación sobre lípidos	Cribado por investigador previo a consulta	27 residentes (14 en GI y 13 en GC); 260 pacientes (135 en GI y 125 en GC)	Consumo alcohol a 3 meses	Medianas: bebidas /día: 3 vs 3; episodios consumo intensivo: 2,5 vs 2. Medias: bebidas/semana: 14,6 vs 12,2	bebidas /día: 0; episodios consumo intensivo: 0,5; bebidas/semana: 2,4
Hilbink 2012	Holanda/ Médicos	Multifacética (sesiones+ visitas+ recomendaciones)	Recomendaciones escritas	No reportado	77 centros (40 en GI y 37 en GC); 712 pacientes (346 en GI y 366 en GC)	Porcentaje de pacientes que no disminuyen nivel consumo	54% vs 53%	1,5
Sanci 2015 (3 meses)	Australia/ Multidisciplinar	Visitas de divulgación educativa (9 horas en tres bloques formativos y dos visitas al centro de salud. El equipo de apoyo (recepcionistas y responsables del centro) también recibió parte de contenidos (sesión de 2-3 horas de entrenamiento interactivo)	Formación sobre salud en jóvenes	No reportado	42 centros (21 en GI y 21 en GC); 901 pacientes (377 en GI y 524 en GC)	Porcentaje de pacientes que consumen alcohol a 12 meses	34,1% vs 39%	-0,4

Tabla 40. Resultados de las 6 comparaciones con medidas de resultados en pacientes.								
Estudio	**País/ profesional**	**Tipo intervención**	**Grupo de comparación**	**Co-interven-ciones**	**Tamaño**	**Resultados**		**Efecto**
Sanci 2015 (12 meses)	Australia/ Multidisciplinar	Visitas de divulgación educativa (9 horas en tres bloques formativos y dos visitas al centro de salud. El equipo de apoyo (recepcionistas y responsables del centro) también recibió parte de contenidos (sesión de 2-3 horas de entrenamiento interactivo)	Formación sobre salud en jóvenes	No reportado	42 centros (21 en GI y 21 en GC); 901 pacientes (377 en GI y 524 en GC)	Porcentaje de pacientes que consumen alcohol a 3 meses	33,9% vs 34,7%	-0,8

GI: Grupo Intervención. GC: Grupo Control.

6.6 Síntesis de los resultados.

6.6.1 Efecto de las intervenciones en resultados del proceso de atención

En la figura 6 se exponen las 10 comparaciones de resultados de cumplimiento de recomendaciones por parte de los profesionales. Para cada una se refleja el efecto encontrado; en los estudios que presentaban varios resultados se presenta la mediana y el RIC del efecto de dichos resultados.

La mediana de las diferencias absolutas para las 10 comparaciones sobre resultados de proceso de atención fue de 4.75% (RIC 1,75%; 11,49%) (tabla 41).

Por tipo de intervención, la mayor diferencia se observó para las intervenciones mediadas por el paciente, 17,00% (RIC -1,00%; 19,50%). En cuanto al profesional a quien se dirigió la estrategia de implementación, la mediana de la diferencia fue mayor para estrategias dirigidas a equipos multidisciplinares que aquellas dirigidas a un solo tipo de profesional.

En las dos comparaciones de estrategias dirigidas a residentes se observó que el cumplimiento de las recomendaciones fue menor en el grupo de intervención. En relación al grupo de comparación, la mayor diferencia se observó para la práctica habitual, con una mediana de 17% (RIC 7,67%; 19,50%) y la menor para las comparaciones con entrega de recomendaciones escritas, mediana 4,00% (RIC 1,00%; 4,00%).

Figuras 6. Efecto de las intervenciones sobre el cumplimento de recomendaciones por los profesionales.

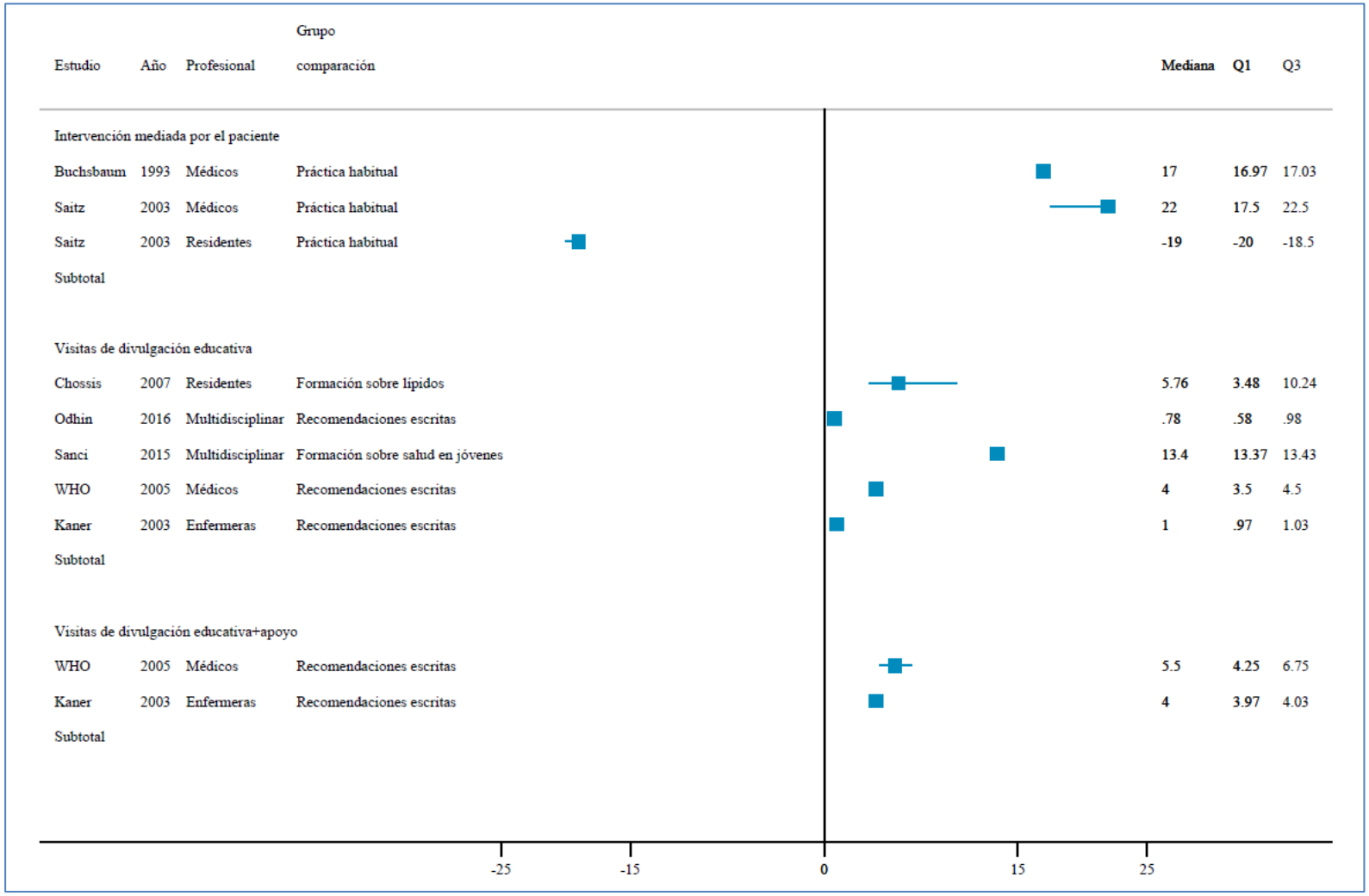


Tabla 41. Síntesis de los resultados de cumplimiento de recomendaciones (proceso) de los 7 estudios (10 comparaciones) incluidos en la revisión.

		Diferencia absoluta % Mediana (RIC)	
Tipo de comparación (nº comparaciones)		**Utilizando la mediana de resultados en cada estudio**	**Utilizando el mejor resultado**
Total comparaciones con resultados de proceso (10)		4,7 (1,7; 11,5)	8,0 (4,0; 17,0)
Tipo de estrategia de implementación	Intervención mediada por el paciente (3)	17,0 (-1,0; 19,5)	17,0 (-0,5; 20,0)
	Visitas de divulgación educativa más apoyo (2)	4,7 (4,4; 5,1)	5,5 (4,2; 4,7)
	Visitas de divulgación educativa (5)	4,0 (1,0; 5,8)	13,4 (8,0; 17,0)
Grupo de comparación	Práctica habitual (3)	17,0 (7,7; 19,0)	17,0 (-0,5; 20,0)
	Recomendaciones escritas (5)	4,0 (1,0; 4,0)	5,0 (4,0; 8,0)
	Formación otros temas (2)	9,6 (7,7; 11,5)	15,2 (14,3; 16,1)
Profesional a quien va dirigida	Solo un tipo de profesional (8)	4,7 (4,4; 5,1)	10,7 (4,2; 17,0)
	Facultativos (4)	11,2 (5,1; 18,2)	12,5 (7,2; 18,5)
	Enfermeras (2)	2,5 (1,7; 3,2)	2,5 (1,7; 3,2)
	Residentes (2)	-6,6 (-12,1; -0,4)	-0,5 (-9,2; 8,3)
	Multiprofesional (2)	7,1 (3,9; 10,2)	30,6 (22,0; 39,2)

6.6.2. Efecto de las intervenciones sobe los resultados en pacientes

Cinco de los estudios incluidos presentaban resultados en pacientes, medidos como variables cuantitativas para la mayoría de los estudios. Las diferencias de medias en cada estudio no pudieron estandarizares para evitar el uso de distintas escalas de medida, por lo que no se presenta la síntesis a través de la mediana de los efectos de los 5 estudios. En la tabla 40 se resumen estos resultados para las 8 comparaciones de los 5 estudios.

En 6 de las comparaciones de 3 estudios, se observaron disminuciones del consumo de alcohol en GI frente al GC. En el estudio “Butler 2013” , los resultados se midieron a través del AUDIT-C, observándose una diferencia en la disminución de la puntuación del AUDIT-C de -0.01(IC95%:-0.29-0.27) a los 3 meses y de -0.08 IC95%:(-0.41-0.25) a los 12 meses. En el estudio “Saitz 2003”, se observó una diferencia en la media del número de bebidas/día durante el último mes, de -0,5 (6 en GI vs 6,5 en GC) para facultativos y de -7,8 (3,8 en GI vs 11,6 en GC) para residentes. En cuanto al estudio “Sanci 2015”, la diferencia en el porcentaje de pacientes que consumen alcohol entre GI y GC fue de -4,9% a los 3 meses y -0,8% a los 12.

Dos de los estudios incluidos obtuvieron resultados contrarios a la hipótesis. En el estudio "Chossis 20037", que comparó un entrenamiento de los residentes en intervención breve frente a formación sobre lípidos, el consumo medido a través de número de bebidas/día no varió (diferencia de medianas: 0), el número de bebidas/semana fue significativamente mayor para el GI (diferencia de medias: 2,4; p=0,05); también se observó un aumento no significativo en el número de episodios de consumo intensivo (diferencia de medianas de 0,50). En el estudio "Hilbink 2012", se comparó una intervención multifacéticos, que combinaba estrategias dirigidas a los profesionales con otras dirigidas a los pacientes y a la organización, frente a entrega de recomendaciones escritas y cartas informativas para distribuir a los pacientes; , se observó que la estrategia de implementación disminuyó un -1,5% el porcentaje de pacientes que disminuyen su puntuación AUDIT-C a un nivel de riesgo menor respecto al grupo control.

7. DISCUSIÓN

7.1. Efectividad de las estrategias de implementación

A pesar de una amplia estrategia de búsqueda bibliográfica (7690 referencias), solo 9 estudios (23 referencias) cumplieron los criterios de inclusión, presentando amplia heterogeneidad y la mayoría de ellos con limitaciones metodológicas.

Los estudios incluidos aportan resultados contradictorios sobre la efectividad de las estrategias evaluadas para disminuir el consumo de alcohol en los pacientes. En 3 de ellos la estrategia evaluada logró una disminución del consumo, medido a través del cambio de puntuación del AUDIT-C (Butler 2013), del número de bebidas/día (Saitz 2003) y del porcentaje de pacientes con consumo de alcohol (Sanci 2015). Sin embargo otros dos estudios reportaron resultados contrarios a la hipótesis, con un aumento del consumo en el grupo de intervención, medido como número de bebidas/día, bebidas/semana, número episodios consumo intensivo (Chossis 2003) o como porcentaje de pacientes que disminuye nivel de riesgo según AUDIT-C (Hilbink 2012).

Los resultados muestran que las estrategias de implementación evaluadas logran mejoras modestas en el cumplimiento por parte de los profesionales de atención primaria de las recomendaciones sobre el consumo de riesgo de alcohol. La mejora absoluta en el cumplimiento de recomendaciones fue del 4,7% para la mitad de las 10 comparaciones incluidas. Cuando se analizó el mejor resultado de cada comparación, la mejora promedio fue del 8%.

Estos resultados son algo inferiores a los reportados por en una revisión que evaluaba estrategias de sesiones y visitas educativas, en varios problemas de salud en general(119), con mejoras en torno al 6%; aunque es posible que en el tema del alcohol puedan variar.

En el año 2006 se publicó una revisión sistemática sobre la efectividad de las estrategias para implementar la intervención breve en atención primaria, medida a través de las tasas de entrega de material, cribado e intervención breve (86). Incluyó 11 estudios publicados entre 1988 y 2004, de los que 5 eran ensayos clínicos. Aunque no realizaron síntesis cuantitativa de los efectos de los estudios incluidos, se describió que la efectividad fue moderada y que aumentaba con la intensidad de la intervención. Señalando además, que los estudios fueron muy heterogéneos, con limitaciones metodológicas y con poco tiempo de seguimiento.

En 2 de los estudios incluidos en nuestra revisión (Kaner 2003 y WHO 2005) se corroboró el planteamiento de que el efecto aumenta con la intensidad de la intervención, sin embargo,

esta relación no parece tan sencilla. En el estudio “Kaner 2003”, se observó que la tasa de consejo aumentaba con la intensidad de la intervención (60% para recomendaciones escritas, 61% para formación y 64% para formación+ refuerzo) mientras que la adecuación del consejo, es decir que lo reciban los pacientes en riesgo y no lo reciban los pacientes sin riesgo, disminuyó (86,7% para recomendaciones escritas, 80,6% % para formación y 73,4% para formación+ refuerzo). Los autores plantean como posible explicación que las enfermeras formadas se sintieran más confiadas en su juicio clínico para decidir que paciente necesitaba consejo. En el estudio “WHO 2005” se encontró interacción entre el efecto de la formación y apoyo a los médicos para cribado e intervención breve y las actitudes iniciales de los médicos hacia el trabajo con consumidores de alcohol(116). La formación y apoyo aumentaron las tasas de intervención breve solo en aquellos médicos que tenían seguridad y compromiso terapéutico con el abordaje del problema del alcohol. Las actitudes del médico hacia el trabajo con consumidores de alcohol son un importante determinante del éxito de cualquier estrategia de implementación; la formación y el apoyo no modifican las actitudes por lo que no es previseble que mejore la seguridad y el compromiso terapéutico (105)(120)(116). Incluso se ha observado que las actitudes hacia el trabajo con bebedores empeoraron entre los médicos que ya eran inseguros y no comprometidos(121). En una encuesta a médicos en Noruega se observó que el conocimiento y la confianza de los médicos son predictores de la realización de cribado e intervención breve, pero también lo son la relación y comunicación con el paciente y algunos factores estructurales(120).

Por tipo de estrategia, fueron las intervenciones mediadas por el paciente las que consiguieron mejores resultados en el cumplimiento (17%). Este tipo de intervenciones supone la recogida de información clínica del paciente (cribado, síntomas, etc) que será entregada al profesional durante la consulta. Las herramientas que facilitan información al profesional en el momento de la atención mejoran los resultados.

El efecto moderado (mediana: 4,7%; RIC: 1,0; 5,8) que hemos observado para las estrategias “visitas de extensión educativa” es algo menor al reportado por O´Brian et al(84) en una revisión Cochrane sobre el efecto de esta estrategia sobre la práctica profesional y los resultados de salud en general, no específicamente sobre alcohol(mediana: 5,6%; RIC: 3,0% a 9,0%).

Se observaron diferencias según el grupo de comparación utilizado. El mayor efecto se observó en los casos en que se comparaba la intervención con la práctica habitual (17%), y el menor cuando se comparaba con la entrega de recomendaciones escritas (4%), una estrategia de

implementación que por sí misma ha demostrado tener un ligero efecto, lo que supone un mayor resultado en el grupo control y por tanto menor diferencia con el grupo de intervención.

En relación con la efectividad por tipo de profesional al que van dirigidas, el efecto observado sobre el cumplimiento es mayor para médicos (11,2%) que para enfermeras (2,5%); en el caso de los residentes, las dos comparaciones incluidas mostraban resultados contradictorios.

La evidencia sobre las intervenciones dirigidas a enfermería para implementar los cuidados preventivos es escasa y sus resultados inconsistentes(122).

El estudio "Buchsbaum 1993", que incluyó 83 residentes y 214 pacientes con consumo de alcohol (87 no dependientes) mostró una mejora en la tasa de consejo del 17%, tanto para el global de pacientes como para los no dependientes, aunque en este último caso los resultados no fueron estadísticamente significativos.

El estudio "Saitz 2003" incluyó 22 facultativos (240 pacientes) y 19 residentes (72 pacientes), observando una interacción significativa entre intervención y experiencia profesional, por lo que los resultados se presentaban de forma separada. Para los facultativos, se observó una mejora no significativa para los resultados de proceso del 22%, mientras que para los residentes se observaron peores resultados en el Grupo de Intervención (-9%). El consumo (bebidas/día) a los 6 meses, disminuyó más entre los pacientes vistos por los residentes en comparación con los pacientes vistos por los facultativos (-7,8 y -0,5 respectivamente).

Una posible explicación a este efecto diferencial en los residentes podría ser que los facultativos tienen mayor experiencia clínica, mayor confianza en sus habilidades clínicas y por tanto es más probable que intervengan sobre sus pacientes consumidores de alcohol. La menor experiencia clínica de los residentes podría explicar su falta de respuesta a la intervención en cuanto al cumplimiento de recomendaciones en la consulta a demanda. Esta falta de experiencia podría llevar al residente a posponer la intervención, programando al paciente para cualquier intervención que requiera más habilidades. De esta forma, intervienen en menos pacientes, pero en aquellos en los que lo hacen obtienen mejores resultados.

En ambos estudios el riesgo de sesgo está comprometido; en el caso de Buchsbaum 1993 la información no permite valorar la gran mayoría de los riesgos de sesgo, y en el caso de Saitz 2003, se observó un alto riesgo de sesgo para el reclutamiento de pacientes y para la evaluación ciega de los resultados. Por tanto, dado el escaso número de comparaciones y sus

limitaciones metodológicas no podemos concluir si el efecto de las intervenciones mediadas por pacientes difiere entre residentes y facultativos.
Un estudio antes-después realizado por Seale et al(123) apuntaría en la misma dirección observando que una estrategia formativa sobre residentes aumenta de forma significativa su seguridad y confianza en la identificación de problemas de consumo de alcohol y la realización de consejo para reducir el consumo(124), sin embargo, los resultados en residentes no informaron de un aumento en el número de intervenciones breves realizadas.

Algunos autores han señalado que las estrategias multifacéticas, aquellas que incluyen estrategias dirigidas a profesionales y/o organizacionales y/o orientadas al paciente, parecían tener mayores efectos sobre el consumo de alcohol de los pacientes, en comparación con las estrategias simples orientadas a los profesionales(125). Sólo uno de los estudios incluidos en nuestra revisión evaluaba una intervención multifacética que incluía estrategias dirigidas al profesional (visitas de divulgación educativa adaptadas a las necesidades de los participantes) a la organización (cooperación con servicios de apoyo) y al paciente (información sobre alcohol y su consumo) (Hilbink 2012); sus resultados no son concordantes con este planteamiento y muestran que el porcentaje de pacientes con consumo de riesgo (AUDIT >7 y <12) que reducen su consumo a los 2 años fue menor entre los pacientes del grupo de intervención (45,5%) que entre los del grupo control (47%) cuyos médicos habían recibido recomendaciones escritas y y folletos informativos para entregar a los pacientes. A la luz de sus resutlados los autores apuntan algunas circustancias que han podido influir, como la baja tasa de participación de los médicos (aceptan el 3% de los centros invitados), la alta tasa de disminución del consumo en ambos grupo, explicable por un alto nivel de consumo basal, así como el fenómeno de deseabilidad social por parte de los pacientes.

En las últimas décadas, el cribado y la intervención breve para abordar el problema del consumo de alcohol han sido objeto de numerosas investigaciones. Y se ha considerado que el ámbito ideal para realizar la intervención breve es la atención primaria. En multitud de países se han iniciado programas para el abordaje del alcohol en éste ámbito de actuación, dirigidas fundamentalmente a médicos de familia, sin embargo, el grado de aceptación de los profesionales es bajo(126).

Aunque existe consenso sobre la efectividad de la intervención breve, algunos autores recientemente plantean que su efectividad es débil. Fundamentalmente debido a que a pesar de que los estudios se realizan en condiciones de pr´ctica clínica habitual (y por tanto

pretenden medir efectividad), sus resultados son bastante ambiguos y con limitaciones de validez externa(126).

Aún siendo efectiva la intervención breve, su implementación parece difícil(121). Quedan preguntas sin resolver sobre su uso en la práctica clínica habitual. Hay barreras y facilitadores por parte del paciente y del profesional que lo condicionan. Aunque la mayoría de los pacientes aceptan que en la consulta de atención primaria se les pregunte sobre su hábito de consumo de alcohol, al igual que se hace sobre otros hábitos como tabaco o ejercicio, puede que no entiendan la necesidad de que se realice una intervención cuando ellos no consideran que tienen un problema de consumo de riesgo. Por otro lado los profesionales aunque pueden estar haciendo el cribado de forma sistemática, a la hora de plantear una intervención breve, en un modelo de atención centrada en la persona podrían no realizarla si pudiera comprometer la relación terapéutica[Beich]. Todo ello sin olvidadr que paciente y profesional están inmersos en un contexto social de permisividad en relación con el consumo de alcohol.

En un reciente estudio británico realizado en atención primaria(127), más del 90% de pacientes en los que se detectó un elevado consumo de alcohol, tendrían una dieta inadecuada, realizaban muy poco ejercicio o fumaban. Así, McCambridge and Saitz(126) se preguntan cómo, cuándo o por qué los médicos de familia, con un tiempo limitado de atención, deberían priorizar el alcohol sobre otros potenciales objetivos de prevención. Y si sería más o menos efectivo abordar simultáneamente varios comportamientos de riesgo, o afrontarlos de forma individual. Algunos autores plantean que las distintas propuestas sanitarias para el abordaje, tanto del consumo excesivo o inadecuado de alcohol, como de otros comportamientos que ponen en peligro la salud, necesitan unificarse(126)

7.2. Limitaciones metodológicas.

Las estrategias de implementación de recomendaciones suelen utilizar intervenciones complejas, con actividades dirigidas al nivel de la organización, del profesional, del individuo o de los 3 niveles. Para evaluar su efectividad suelen utilizarse los ensayos aleatorizados por grupos (ECA-cluster), en los que la unidad de asignación no es el sujeto individual sino grupos de sujetos (profesionales, centros, zonas geográficas)(94). Estos diseños también pueden utilizarse con el objetivo de prevenir la introducción no intencionada de la intervención activa en el grupo control(128).

Los ECA-cluster utilizados para evaluar intervenciones complejas deben utilizar un diseño pragmático. Es difícil evaluar si un ECA-clúster es pragmático, la barrera entre un estudio explicativo o pragmático no es clara. Los ensayos clínicos explicativos suelen realizarse en una muestra homogénea, de características muy definidas con el fin de valorar la eficacia de un tratamiento. La generalización de sus resultados debe realizarse con precaución. Los ensayos clínicos pragmáticos se realizan en un número elevado de pacientes de características más o menos comunes para valorar la eficacia de un tratamiento de forma similar a como se utilizará en la práctica clínica. Sus resultados son más generalizables. Los ensayos pragmáticos ayudan a elegir entre varias opciones de cuidados y los exploratorios sirven para testar hipótesis causales. Es difícil decidir si un ensayo es puramente explicativo o pragmático, debe ser vistos como un continuo, más que como una situación dicotómica(129).

Con el objetivo de ayudar a todo aquel que se proponga realizar un ensayo clínico a encontrar el diseño apropiado para sus propósitos, un grupo internacional de metodólogos han desarrollado la herramienta PRECIS (PRagmatic-Explanatory Continuum Indicator Summary) publicada en el Journal of Clinical Epidemiology en el año 2009(129). Los autores de la herramienta PRECIS expanden la idea de Schwartz y Lellouch de categorizar el enfoque pragmático y explicativo como un simple cambio de actitud delante del diseño y argumentan la existencia de un continuo entre los dos enfoques. De hecho argumentan que es prácticamente imposible realizar un ensayo que sea puramente explicativo o puramente pragmático.

Algunos aspectos metodológicos de los ECA-clúster los hacen más vulnerables en relación con la introducción de sesgos(130)(128). Ninguno de los ECA-clúster incluidos en nuestra revisión fue clasificado como “bajo riesgo de sesgo”, 6 fueron de “alto riesgo de sesgo” y 3 con “riesgo poco claro”. Con mucha frecuencia la información reportada fue insuficiente para valorar el riesgo de sesgo.

Una adecuada generación de la secuencia de aleatorización del clúster, así como la ocultación de dicha secuencia contribuyen a evitar el sesgo de selección a nivel de clúster. En cuanto al reclutamiento de los pacientes, idealmente debería hacerse antes de la asignación del clúster, aunque con mucha frecuencia los participantes son identificados y reclutados después que los clúster hayan sido asignados. Y este hecho puede conducir a un **sesgo de reclutamiento,** el conocimiento previo de la asignación por los reclutadores o participantes pueda influir en quién es abordado y quién acepta participar en un ensayo(131).

En nuestra revisión solo dos estudios “CHossis 2007” y “Odhin 2016” fueron evaluados como “bajo riesgo de sesgo” en relación al reclutamiento de participantes.

Se han propuesto algunas soluciones para prevenir el sesgo de reclutamiento, cuando no se ha realizado antes de la aleatorización del clúster. Una de ellas es el reclutamiento de los participantes por una persona independiente y enmascarada para la asignación(132). También se han propuesto como estrategias la inclusión completa de todos los participantes (no reclutamiento) o de una muestra aleatoria de los mismos.

Además, los ECA-clúster son propensos a otros sesgos cuando falta el enmascaramiento; son el sesgo de desempeño y el sesgo de detección. El **sesgo de desempeño** se refiere a las diferencias sistemáticas entre la atención prestada en las ramas experimental y control, distinta de la intervención investigada. El conocimiento de la asignación por parte de los participantes, los proveedores de intervención u otro personal de ensayo puede conducir a un sesgo de desempeño por contaminación o por diferencia en la entrega de cointervenciones. Con mucha frecuencia estos ensayos son pragmáticos, y el grupo control es la atención habitual (o ninguna intervención). Es importante considerar que información sobre la intervención evaluado se facilita al grupo control, ya que podría cambiar su comportamiento durante el ensayo y conducir a la contaminación(133).

Al igual que en los ensayos aleatorios individuales, en los ECA-cluster, el conocimiento de la asignación por los evaluadores de los resultados puede afectar a su medición, en particular cuando se miden resultados no objetivos (como opiniones o percepciones de evaluador o participantes). Esto puede ocasionar un **sesgo de detección** (133).

En nuestra revisión, en 5 de las 10 comparaciones, los resultados fueron referidos por el paciente a la salida de la consulta y en los otros 5 a través de formularios cumplimentados por el profesional sanitarios durante la entrevista con los pacientes. Este tipo de mediciones poco objetivas, son más fácilmente susceptibles a sesgos de medición, especialmente cuando no se mantiene el enmascaramiento de participantes y/o evaluadores de resultados. Ninguno de los estudios incluidos fue evaluado con bajo riesgo de sesgo respecto al enmascaramiento de participantes, y en solo 2 (Chossis 2006 y Sanci 2015) el evaluador de resultados estuvo enmascarado respecto al grupo.

Los resultados sobre el consumo de pacientes fueron autoinformados por el paciente, lo que les hace muy vulnerables al sesgo de deseabilidad social, ya que las personas son conscientes de que se les ha aconsejado beber menos y luego se les pregunta si recibieron el consejo y si cambiaron su consumo(126).

En los ECA-cluster la obtención del Consentimiento informado de los participantes plantea preocupaciones logísticas y metodológicas. Y puede ser una fuente de sesgo cuanto se realiza después de la randomización de los Clúster. Si a todos los participantes se les facilita información completa (de todas las ramas) podría inducirse la contaminación, mientras que si se personaliza la información podría favorecerse el sesgo de selección.
El concepto de ciego en los ECA-cluster es difícil. Los participantes pueden consentir a recibir la intervención o a la recogida de información del estudio, o a ambos. Algunos sujetos pueden saber qué intervención están recibiendo, pero no que están en un ensayo (consort cluster).

Una limitación del estudio se debe al hecho de utilizar la mediana de los efectos entre los estudios. Sin embargo, tal como se describe en el apartado de metodología, se seleccionó este enfoque para evitar una precisión espuria debida a la heterogeneidad de los diferentes estudios. Este enfoque es frecuente en las revisiones de intervenciones para cambiar la práctica(78)(98)(84).

7.3. Descripción de las estrategias evaluadas.

La declaración CONSORT 2010(134) sugiere que los autores deben informar sobre "Las intervenciones para cada grupo con suficiente detalle como para permitir su replicación, incluida la forma en que se administró realmente". En los últimos años han surgido propuestas interesantes para mejorar la descripción de las intervenciones complejas, con la idea de ir más allá de una simple etiqueta o lista de actividades, sino de dar suficiente detalle de cada uno de sus componentes para permitir que puedan ser reproducidas.

Una de estas propuestas la han realizado Hofmann T et all (91), con el objetivo de mejorar la descripción de las intervenciones y facilitar su replicación. Proponen un check list, TIDieR (Template for intervention description and replication), desarrollado a través de un Delphy con expertos internacionales que contiene 12 items. Al utilizar este check lists en nuestra revisión se identificó que en la mayoría de los estudios no se reportó información completa sobre todos los ítems del chek-list, destacando especialmente el referido a la adaptaciónde la intervención y la medición de la adherencia. En la bibliografía se ha encontrado sistemáticamente este problema de falta de detalles descriptivos de las intervenciones complejas, y por tanto, la posible heterogeneidad entre las intervenciones incluidas en las revisiones sistemáticas(135)((98).

Uno de los aspectos claves de esta descripción es la teoría utilizada para planificar y evaluar la intervención. Para maximizar la eficacia potencial de las intervenciones, es necesario entender el comportamiento y el cambio de comportamiento: en otras palabras, es necesario tener una comprensión teórica del cambio de comportamiento. En este contexto, la teoría representa el conocimiento acumulado de los mecanismos de acción (mediadores) y moderadores del cambio, así como las suposiciones a priori sobre lo que es el comportamiento humano, y cuáles son las influencias en él. La aplicación de la teoría es defendida como un paso integral en el diseño y evaluación de la intervención(136).

En una Revisión Cochrane de 2017, Liang et al (137)revisan los artículos publicados entre 2006 y 2016 para describir el uso de la teoría para planificar o evaluar la implementación y el uso de recomendaciones entre los médicos. El 47.2% de los estudios incluidos planificaron o evaluaron recomendaciones dirigidas a médicos. El número de estudios que tienen una fundamentación teórica aumentó anualmente y representó una amplia gama de países, temas de orientación y tipos de médicos. La Teoría del Comportamiento Planeado (38,1%) y el Marco de Dominios Teóricos (23,8%) fueron los más utilizados. Muchos estudios racionalizaron la fundamentación teórica (83,3%), la mayoría de las veces al afirmar que la teoría describía la implementación o sus determinantes, pero la mayoría no logró vincular explícitamente las barreras con las construcciones teóricas. La mayoría de los estudios utilizaron la teoría para informar encuestas o entrevistas que identificaron las barreras de uso de la guía como paso previo en la planificación de la implementación (76.2%). Todos los estudios que evaluaron intervenciones reportaron un impacto positivo en los resultados informados del médico o del paciente.

Una Revisión Cochrane de 2010(82) concluye que las intervenciones adaptadas (definidas como estrategias para mejorar la práctica profesional que se planifican teniendo en cuenta las barreras identificadas prospectivamente al cambio) tienen más probabilidades de mejorar la práctica profesional que ninguna intervención o que la simple difusión de las recomendaciones. Sin embargo, los métodos utilizados para identificar las barreras y adaptar las intervenciones para abordarlas necesitan un mayor desarrollo.

Otra propuesta para mejorar la descripción de las intervenciones evaluadas es la propuesta por Perera et al(138). Se trata de describir la intervención con una representación gráfica que contenga todos los componentes de la intervención y comparar las diferentes ramas de tratamiento. El objetivo es clarificar la estructura de las intervenciones y visualizar el timing.

Esto ayuda a que se visualicen fácilmente las diferencias entre los grupos y a interpretar adecuadamente los resultados.

Para su construcción se deben identificar los distintos componentes, establecer el tiempo en el que ocurre cada uno y definir claramente las diferencias entre las ramas de estudio.

En el lado izquierdo del gráfico se representa la escala de tiempo, que se inicia con la randomización (arriba) y finaliza con la medición de resultados (abajo). A la derecha, se añade una columna para cada intervención, y dentro de ellas se dibujan todos sus componentes (los objetos se representan con "cuadrado" y las actividades con "círculos"), los que se llevan a cabo simultáneamente se dibujan uno al lado del otro y los que se realizan consecutivamente se dibujan uno debajo de otro.

Para evaluar el riesgo de sesgo, se requiere una descripción precisa de los distintos procedimientos, pero a pesar de las recomendaciones existentes(134), las publicaciones de los ECA-cluster no suelen describir adecuadamente el proceso de reclutamiento y si los participantes y el personal del ensayo están enmascarados al estado de asignación en las etapas clave del ensayo(139).

Caille A, et al(133) proponen una herramienta gráfica "**Timeline cluster diagram for cluster trial**" que muestra la secuencia temporal y el enmascaramiento de las diferentes etapas de un ECA-cluster, y si las ramas del estudio se tratan igual o no. La randomización de clusters es la etapa clave, y se simboliza por una flecha negra de dos direcciones. Después se van añadiendo las siguientes etapas: identificación y reclutamiento de cluster y de participantes, randomización, intervención y evaluación basal y medición de resultados de los participantes. El cegamiento se simboliza por los colores: negro si el enmascaramiento es completo, gris si es incompleto (no todos los participantes cegados) y blanco si no hay enmascaramiento de ningún participante.

7.4. Implicaciones para la práctica y para la investigación

Las estrategias para facilitar la implementación de las recomendaciones sobre consumo de riesgo de alcohol de los pacientes en entornos de atención primara deben ser adaptadas al contexto en el que se vayan a implementar, teniendo en cuenta las barreras identificadas.

Facilitar información sobre el consumo de alcohol del paciente al médico puede mejorar el cumplimiento de estas recomendaciones.

Las intervenciones formativas en profesionales necesitan una reorientación, que favorezca la formación en contextos de práctica, y con contenidos que no deberían limitarse sólo al impacto del consumo de alcohol para la salud, al cribado y a la intervención breve; también deberían incluir el abordaje de las actitudes de los profesionales para mejorar su seguridad y compromiso terapéutico hacia este importante problema de salud.

Es necesario seguir investigando sobre la efectividad de las intervenciones breves y sobre su implementación. Deben promoverse ensayos con un enfoque más pragmático, que superen algunas de las limitaciones metodológicas de la investigación ya realizada, mejorando su validez externa, apoyándose en el desarrollo de los sistemas de información sanitaria, que permiten la medición de resultados de cumplimiento de los profesionales, evitando la subjetividad y la deseabilidad social.

En línea con los cambios acontecidos en la sociedad y la reorientación de los sistemas sanitarios se hace necesario investigar en relación al abordaje en atención primaria para la prevención y el manejo del consumo de alcohol en el contexto de multimorbilidad, múltiples comportamientos de riesgo y desigualdades en salud.

8. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. Las estrategias de implementación dirigidas a los profesionales de atención primaria para implementar recomendaciones sobre la prevención del consumo de riesgo de alcohol que miden resultados en pacientes, obtienen resultados contradictorios. En 3 estudios, la estrategia evaluada, medida a través del cambio de puntuación del AUDIT-C, del número de bebidas/día o del porcentaje de pacientes con consumo de alcohol, obtuvo mejoras en dicho consumo. Otros dos estudios reportaron un mayor consumo en el grupo de intervención, medido como número de bebidas/día, bebidas/semana, número episodios consumo intensivo en último mes o porcentaje de pacientes que disminuye su nivel de riesgo según AUDIT-C.

2. Los resultados muestran que las estrategias de implementación evaluadas logran mejoras modestas en el cumplimiento por parte de los profesionales de atención primaria de las recomendaciones sobre los consumidores de riesgo de alcohol. La mejora promedio absoluta en el cumplimiento de recomendaciones fue del 4,7%, pasando a un 8% cuando se analizó el mejor resultado de cada comparación.

3. La evidencia sobre la efectividad de las intervenciones debe ser valorada con cautela; aunque se ha realizado una exhaustiva estrategia de búsqueda bibliográfica (7690 referencias), tan solo 9 estudios (23 referencias) todos ellos ECAS por conglomerados, cumplieron los criterios de inclusión. Estos estudios presentan amplia heterogeneidad en cuanto a la estrategia evaluada, el contexto en el que se aplica, las medidas de resultado utilizadas así como importantes limitaciones metodológicas. Ninguno de los estudios incluidos fue clasificado como “bajo riesgo de sesgo” para todos los dominios evaluados. Los resultados sobre el cumplimiento de los profesionales fueron referidos por el paciente u obtenidos de la cumplimentación de formularios por el profesional. Este tipo de mediciones, poco objetivas, son susceptibles a sesgos de medición. Además, los resultados sobre el consumo de alcohol fueron autoinformados por el paciente, lo que los hace muy vulnerables al sesgo de deseabilidad social.

4. De las estrategias de implementación evaluadas, fueron las intervenciones mediadas por el paciente las que consiguieron mejores resultados en el cumplimiento (17%). Este tipo de intervenciones supone la recogida previa de información clínica del paciente que se le entrega al profesional durante la consulta.

5. La efectividad de las estrategias fue mayor en los casos en que se comparaba la intervención con la práctica habitual (17%), y menor cuando se comparaba con la entrega de recomendaciones escritas (4%), una estrategia de implementación que de forma aislada ha demostrado tener un ligero efecto, lo que podría mejorar los resultados en el grupo control y por tanto obtener una menor diferencia en el efecto con el grupo de intervención.

6. En relación con la efectividad por tipo de profesional al que van dirigidas las estrategias, el efecto observado sobre el cumplimiento es mayor para los médicos (11,2%) que para las enfermeras (2,5%); en el caso de los residentes, las dos comparaciones incluidas mostraban resultados muy dispares.

7. En dos de los estudios incluidos en nuestra revisión se puso de manifiesto que al aumentar la intensidad de la estrategia aumentaba la tasa de intervención breve, pero en uno de ellos se observó paralelamente una disminución de su adecuación, en relación al resultado del cribado del paciente.

8. Las estrategias con formación y apoyo aumentaron las tasas de intervención breve solo para los médicos que tenían seguridad y compromiso terapéutico con el abordaje del alcohol. Las actitudes de los profesionales sanitarios hacia el trabajo con consumidores de alcohol son un importante determinante del éxito de cualquier estrategia de implementación. El conocimiento de las herramientas y la confianza de los profesionales sanitarios son predictores de la realización de cribado e intervención breve, pero también lo son la relación y comunicación con el paciente, así como algunos factores estructurales, por lo que es fundamental identificar las barreras y adaptar las intervenciones.

9. La información reportada por los estudios incluidos para describir la intervención no ha permitido valorar el grado de adecuación en todos los dominios. La mayores limitaciones se presentan al describir la teoría en la que se fundamenta la intervención y en la forma en la que ha sido adaptada.

10. En el contexto de la atención primaria, las estrategias para implementar las recomendaciones para la prevención del consumo de riesgo de alcohol deberían diseñarse describiendo con detalle la teoría en la que se fundamentan, identificando barreras y facilitadores para adaptarse al contexto, teniendo también en cuenta a todos los profesionales que desempeñan su trabajo en atención primaria, siendo una alternativa las estrategias mediadas por pacientes. Desde la organización sanitaria sería necesario reflexionar sobre la formación que se ofrece a los profesionales, tanto en el contexto en el que se realiza, favoreciendo la formación en contextos de práctica, como en sus contenidos, que no deberían limitarse sólo al problema del alcohol para la salud, al cribado y a la intervención breve, si no también a trabajar las actitudes de los profesionales para mejorar su seguridad y el compromiso terapéutico con este importante problema de salud.

9. BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organisation. Global status report on alcohol and health, 2014. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1
2. Funk M, Wutzke S, Kaner E, Anderson P, Pas L, McCormick R, et al. A multicountry controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: findings of a World Health Organization collaborative study. J Stud Alcohol. 2005;66(3):379–88. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16047527
3. World Health Organisation. Global status report on alcohol and health Global status report on alcohol and health, 2011. Avaiable from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. OMS - 63ª Assem Geral Mund Saúde. 2010;1–46. Available from: www.who.org
5. Rodríguez-Martos Dauer a, Gual Solé A, Llopis Llácer JJ. La «unidad de bebida estándar» como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. Med Clínica. 1999;112(12):446–50.
6. Silla Stoel M, Rosón Hernández B. Evaluación del consumo de alcohol y diagnóstico de patrón de consumo. Transtor Adict. 2009;11(3):191–9.
7. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. SING Guideline 73. Edinburg: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2003
8. Rehm J, Room R, Monteiro M, Gomel G, Graham K, Rehn N, Sempos CT, Frick U, and Jernigan D. 2004 Alcohol use. In: Comparative Quantification of Health Risks Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors , ed: M Ezzati, A.D. Lopez, C.J. Murray and A. Rogers, 959-1108. Geneva: World Health Organisation. Avaiable from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cra/en/
9. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones; 1994.Available from: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
10. Córdoba García R, Camarelles Guillen F, Jiménez Muños M, Lizarbe Alonso V. Programa para abordar el riesgo de consumo de alcohol en atención primaria. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. 2012. Available from: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/alcohol/mojateAlcohol.htm%5Cnhttp://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/alcohol/docs/Mojate_con_el_Alcohol.pdf
11. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. Vol. no, Geneva: WHO Sturt, E., Wykes, T., & Creer, C. 1993. 2 p.
12. Ministerio de Sanidad y consumo. Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1a conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Ed, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2008. Available from: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/prevencionProblemasAlcohol.pdf
13. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre alcohol y drogas en España. 2013; Disponible en: http://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/Documents/Encuesta%2

0sobre%20alcohol%20y%20drogas%202013-14.pdf
14. Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, La Vecchia C. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. Prev Med (Baltim). 2004 May;38(5):613–9. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091743503003384
15. Galán I, González MJ, Valencia-Martín JL. Alcohol drinking patterns in Spain: a country in transition. Rev Esp Salud Publica. 2014;88(4):529–40. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
16. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanias. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), 1994-2014. Ministerio. 2016.
17. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES). Encuesta sobre uso Drog en Enseñanzas Secund en España (ESTUDES), 1994-2012. 2016;87. Available from: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/9_ESTUDES_2012_Estadisticas.pdf
18. Díez-Gañán L. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2014. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A). Año 2014. Boletín Epidemiológico la Comunidad Madrid 2015; Madrid Serv Epidemiol Cons Sanid. 2015; Available from: http://wwww.madrid.org/boletinepidemiologico/ww.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1142661210644&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&pv=1142662342709
19. Díez-Gañán L. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid 2015. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J). Boletín Epidemiológico la Comunidad Madrid Madrid Cons Sanidad; 2016. 2016; Available from: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1142661210644&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&pv=1142662342709
20. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. Addiction. 2003 Sep;98(9):1209–28. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12930209
21. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe – Public Health Perspective. Institute of Alcohol Studies, editor. London; 2006. Available from: http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/09687630600902477
22. Zaridze D, Lewington S, Boroda A, Scélo G, Karpov R, Lazarev A, et al. Alcohol and mortality in Russia: Prospective observational study of 151 000 adults. Lancet. 2014;383(9927):1465–73.
23. Ochoa R, Yánez JL, Álvarez FJ. Mortalidad Relacionada con el consumo de alcohol en España: 1999-2004. Valladolid: Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas U de V 2006, editor. 2006. 1-428 p.
24. Pulido J, Indave-Ruiz B, Colell-Ortega E, Ruiz-García M, Bartroli M, Barrio G. Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados con el consumo de alcohol. Rev Esp Salud Publica. 2014;433–46.
25. Salud OP de la. Informe de situación regional sobre el alcohol y a salud en las Américas. 2015.
26. Anderson P, Gual L, J. C. Alcohol y atención primaria de la salud. Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Pan American Health Organization (PAHO), editor. Vol. 274, Organizacion Panamericana De La Salud. Washinton, D.C. 20037, EEUU; 2008. 3-148 p.

27. Riley EP, Court A, Diego S, Warren KR. Fetal Alcohol Spectrum Disorders: An Overview. Neuropsychol Rev. 2011;21(2):73–80.
28. Dirección General de Tráfico (DGT). Las principales cifras de la Siniestralidad vial. España 2015. Dirección General de Tráfico (DGT). Las principa les cifras de la siniestralidad vial. España 2015. Madrid: Ministerio del Interior D 2016., editor. 2016. 199 p. Available from: http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/estadisticas-e-indicadores/publicaciones/principales-cifras-siniestralidad/Las-principales-cifras-2015.pdf
29. Corrao G, Rubbiati L, Bagnardi V, Zambon A, Poikolainen K. Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. Addiction. 2000 Oct;95(10):1505–23. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11070527
30. Shaper A, Wannamethee G, Walker M. Alcohol and mortality in british men: explainig the U-Shaped curve. Lancet. 1988;332(8623):1267–73.
31. Shaper A. Alcohol consumption decreases with the development of disease. Addiction. 2011;106:1021–5.
32. Fillmore KM, Stockwell T, Chikritzhs T, Bostrom A, Kerr W. Moderate Alcohol Use and Reduced Mortality Risk: Systematic Error in Prospective Studies and New Hypotheses. Ann Epidemiol. 2007;17(5 SUPPL.).
33. Stockwell T, Zhao J, Panwar S, Roemer A, Naimi T, Chikritzhs T. Do “moderate” drinkers have reduced mortality risk? A systematic review and meta-analysis of alcohol consumptiona nd all-cause mortality. J Stud Alcohol Drugs. 2016;77(2):185–98. Available from: http://www.jsad.com/doi/pdf/10.15288/jsad.2016.77.185
34. Barrett-Connor E, M.D.a Giovanni de Gaetano, M.D., Ph.D.b Luc Djoussé, M.D., D.Sc.c R. Curtis Ellison, M.D.d* Ramon Estruch, M.D., Ph.D.e Harvey Finkel, M.D.f Tedd Goldfinger, D.O., FACCg Ulrich Keil, M.D., Ph.D.h Dominique Lanzmann-Petithory, M.D P. Comments on Moderate Alcohol Consumption and Mortality. J Stud Alcohol Drugs. 2016;77(5):834–6.
35. Fiellin DA, Reid MC. Screening for Alcohol Problems in Primary Care. Arch Intern Med. 2000;160(13):1977.
36. Babor TF, Higgins-biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. Cuestionario de Identificación de trastornos debidos al consumo e alcohol. Pautas para su utilización en atención primaria. Organización Mundial de la Salud, editor. 2001. p. 1–40.
37. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA, for the Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C). Arch Interal Med. 1998;158:1789–95.
38. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. Addiction. 1993 Jun;88(6):791–804. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8329970
39. Contel Guillamón M, Gual Solé A, Colom Farran J. Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y cstellano. Adicciones. 1999;11(4):337–48.
40. Pérula de Torres LA, Fernández-García JA, Arias-Vega R, Muriel-Palomino M, Márquez-Rebollo E, Ruiz-Moral R. Validación del cuestionario AUDIT para la identificación del consumo de riesgo y de los trastornos por el uso de alcohol en mujeres. Atención Primaria. 2005;36(9):499–506. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656705705527
41. Gordon AJ, Maisto SA, McNeil M, Kraemer KL, Conigliaro RL, Kelley ME, et al. Three questions can detect hazardous drinkers. J Fam Pract. 2001 Apr;50(4):313–20. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11300982
42. Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J. Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. Alcohol Alcohol.

37(6):591–6. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12414553
43. Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. JAMA. 1984 Oct 12;252(14):1905–7. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6471323
44. Aalto M, Tuunanen M, Sillanaukee P, Seppä K. Effectiveness of structured questionnaires for screening heavy drinking in middle-aged women. Alcohol Clin Exp Res. 2006 Nov;30(11):1884–8. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17067353
45. Sharpe PC. Biochemical detection and monitoring of alcohol abuse and abstinence. Ann Clin Biochem. 2001;38(Pt 6):652–64.
46. Córdoba R, Camalleres F, Muñoz E, Gómez J, Díaz D, Ramírez J, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Atención Primaria. 2014;46:75–82. Available from: http://www.papps.es/upload/file/PAPPS_2014.pdf
47. Zimmerman G, Olsen C, Bosworth M. A " Stages of Change " Approach to Helping Patients Change Behavior. Am Fam Physician. 2000;61(5):1409–16.
48. Whitlock EP, Polen MR, Green C a, 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. 2004;140(7):557–68.
49. Heather N, Kaner E. Intervenciones breves: una oportunidad para reducir el consumo excesivo de alcohol entre los jóvenes *. Addiciones. 2001;13:463–74.
50. Heather N. WHO collaborative project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care. Report on Phase IV. Development of country-wide strategies for implementing early identification and brief intervention in primary health care. World Health Organization. Departement of Mental Health and Substance Abuse Management of Substance Abuse, editor. World Heal Organ. 2006;41-51-189.
51. Fleming M, Mundt M, French M, Manwell L, Stauffacher E, Barry K. Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. Alcohol Clin Exp Res. 2002;26(1):36–43.
52. Beich A, Thorsen T, Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. Bmj. 2003;327(7414):536–42.
53. Ballesteros J, Duffy JC, Querejeta I, Ariño J, González-Pinto A. Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analyses. Alcohol Clin Exp Res. 2004 Apr;28(4):608–18. Available from: https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-1942519214&partnerID=40&md5=5aabe448c4e155df5b0c0ba7031a89c6
54. Bertholet, N. Daeppen, J. Wietlisback, V. Fleming, M. Burnand B. Reduction of Alcohol Consumption by Brief Alcohol Intervention in Primary Care. Arch Intern Med. 2005;165(1):986–95.
55. Kaner E, Dickinson E, Beyer F, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, et al. Efectividad de las intervenciones breves para el consumo de alcohol en las poblaciones de atención primaria. En Bibl Cochrane Plus. 2007; Available from: http://www.bibliotecacochrane.com.
56. Kaner E, Bland M, Cassidy P, Coulton S, Deluca P, Drummond C, et al. Screening and brief interventions for hazardous and harmful alcohol use in primary care: a cluster randomised controlled trial protocol. BMC Public Health. 2009;9:418. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2784463&tool=pmcentrez&rendertype=abstract%5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2734851&tool=pmcentrez&rendertype=abstract
57. Willenbring ML, Olson DH. A randomized trial of integrated outpatient treatment for medically ill alcoholic men. Arch Intern Med. 1999;159(16):1946–52. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10493326

58. Cordoba R., Delgado Ma.T., Pico V., Altisent R., Fores D., Monreal A., Frisas O. LDVA. Effectiveness of brief intervention. Fam Pract. 1998;15(6):562–8.
59. Fernández García JA, Ruiz Moral R, Pérula de Torres L, Campos Sánchez L, Lora Cerezo N, Martínez de la Iglesia J. Efectividad del consejo médico a pacientes alcohólicos y bebedores excesivos atendidos en consultas de atención primaria. Atención Primaria. 2003;31(3):146–53. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265670370674X
60. Fernández San-Martín M, Bermejo Caja C, Alonso Pérez M, Herreros Taberneros B, Nieto Candenas M, Novoa A, et al. Efectividad del consejo médico breve para reducir el consumo de alcohol en bebedores. Aten Primaria. 1997;28(19(3)):127–32.
61. Ballesteros J, Ariño J, González-Pinto A, Querejeta I. Eficacia del consejo médico para la reducción del consumo excesivo de alcohol. Metaanálisis de estudios españoles en atención primaria. Gac Sanit. 2003;17(2):116–22. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911103717087
62. Anderson P, Colom J, Gual A. Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. 2005;
63. Maciosek M V, Coffield AB, Edwards NM, Flottemesch TJ, Goodman MJ, Solberg LI. Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic review and analysis. Am J Prev Med. 2006 Jul;31(1):52–61. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16777543
64. Kaner E, Lock C, Heather N, McNamee P, Bond S. Promoting brief alcohol intervention by nurses in primary care: A cluster randomised controlled trial. Patient Educ Couns. 2003;51(3):277–84.
65. Preventive Services Task Force. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: recommendation statement. Ann Intern Med. 2004 Apr 6;140(7):554–6. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15068984
66. McKnight-Eily LR, Okoro CA, Mejia R, Denny CH, Higgins-Biddle J, Hungerford D, et al. Screening for Excessive Alcohol Use and Brief Counseling of Adults - 17 States and the District of Columbia, 2014. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2017;66(12):313–9. Available from: http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6612a1.htm%0Ahttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28358798
67. Moyer VA, Preventive Services Task Force. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. preventive services task force recommendation statement. Ann Intern Med. 2013 Aug 6;159(3):210–8. Available from: http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-159-3-201308060-00652
68. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. 2015;106.
69. Faraquhar C, Kofa E, Slutsky J. Clinicans' attitudes to clinical practice guidleins: a systematic review. Mja. 2002;177(November):502–6. Available from: http://www.mja.com.au/public/issues/177_09_041102/far10064_fm.pdf
70. Kryworuchko J, Stacey D, Bai N, Graham ID. Twelve years of clinical practice guideline development, dissemination and evaluation in Canada (1994 to 2005). Implement Sci. 2009;4:49. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2731072&tool=pmcentrez&rendertype=abstract
71. Spandorfer JM, Israel Y, Turner BJ. Primary care physicians' views on screening and management of alcohol abuse: inconsistencies with national guidelines. J Fam Pract. 1999 Nov;48(11):899–902. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10907628

72. Kaner EF, Heather N, Brodie J, Lock CA, McAvoy BR. Patient and practitioner characteristics predict brief alcohol intervention in primary care. Br J Gen Pract. 2001;51(471):822–7. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11677706%5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1314128
73. Berner MM, Härter M, Kriston L, Lohmann M, Ruf D, Lorenz G, et al. Detection and management of alcohol use disorders in German primary care influenced by non-clinical factors. Alcohol Alcohol. 2007;42(4):308–16.
74. Town M, Naimi TS, Mokdad AH, Brewer RD. Health care access among U.S. adults who drink alcohol excessively: missed opportunities for prevention. Prev Chronic Dis. 2006;3(2):A53. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1563973&tool=pmcentrez&rendertype=abstract
75. McKnight-Eily LR, Liu Y, Brewer RD, Kanny D, Lu H, Denny CH, et al. Vital signs: communication between health professionals and their patients about alcohol use - 44 States and the district of columbia, 2011. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2014;63(1):16–22 7p. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=104002409&site=ehost-live
76. Grupo de trabajo sobre implementación de GPC. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS. 2009; Available from: http://portal.guiasalud.es/emanuales/implementacion/index.html
77. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC). EPOC Taxonomy-topics list. 2015. p. 1–4. Available from: https://epoc.cochrane.org/epoc-taxonomy
78. Grimshaw JM, Thomas R, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Health Technol Assess. 2004;8(6). Available from: http://www.hta.ac.uk/execsumm/summ806.htm
79. Grimshaw J, Eccles M, Thomas R, MacLennan G, Ramsay C, Fraser C, et al. Toward evidence-based quality improvement. Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998. J Gen Intern Med. 2006;21:S14-20.
80. Giguère a, Légaré F, Grimshaw J, Turcotte S, Fiander M, Grudniewicz A, et al. Printed educational materials: Printed educational materials: effects on professional practice and healthcare outcomes (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2012;(10).
81. Ivers N, Grimshaw J, Jamtvedt G, Flottorp S, O´Brien M, French S, et al. Growing Literature, Stagnant Science? Systematic Review, Meta-Regression and Cumulative Analysis of Audit and Feedback Interventions in Health Care. J Gen Intern Med. 2014 Nov 26;29(11):1534–41. Available from: http://link.springer.com/10.1007/s11606-014-2913-y
82. Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, et al. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(1469–493X (Electronic)):CD005470.
83. Gagliardi AR, Marshall C, Huckson S, James R, Moore V. Developing a checklist for guideline implementation planning: review and synthesis of guideline development and implementation advice. Implement Sci. 2015;10(1):19. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25884601%5Cnhttp://www.implementationscience.com/content/10/1/19
84. O´Brien M, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman A, Kristoffersen DT, Forsetlund L, et al.

Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes (Review). 2008;(4):2007–9.
85. Babor TE, Higgins-Biddle J, Dauser D, Higgins P, Burleson JA. Alcohol screening and brief intervention in primary care settings: implementation models and predictors. J Stud Alcohol. 2005 May;66(3):361–8. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16047525
86. Nilsen P, Aalto M, Bendtsen P, Seppä K. Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare. Scand J Prim Health Care. 2006;24(1):5–15. Available from: http://search.proquest.com.proxy.library.vanderbilt.edu/docview/621176032?accountid=14816
87. Anderson P. Overview of interventions to enhance primary-care provider management of patients with substance-use disorders. Drug Alcohol Rev. 2009 Sep 2;28(5):567–74. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/j.1465-3362.2009.00113.x
88. Higgins JPT, Green S. Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones. Cochrane. 2011;(March):1–639. Available from: http://www.cochrane.es/?q=es/node/269
89. Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicaciones de revisiones sistemáticas y metaanálisis. Vol. 135, Medicina Clinica. 2010. p. 507–11.
90. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC). The Data Collection Checklist 2009.. 2009 [cited 2017 Apr 10]. Available from: http://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/public/uploads/datacollectionchecklist.pdf
91. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. BMJ. 2014;348(mar07_3):g1687. Available from: http://www.bmj.com/content/348/bmj.g1687.full.pdf+html
92. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC). Suggested risk of bias criteria for EPOC reviews. Norwegian Knowledge Centr for the Health Services, editor. Oslo: Oslo; 2016. 1-3 p. Available from: http://epoc.cochrane.org/epoc-specific-resources-review-authorshttp://epocoslo.cochrane.org/epoc-specific-resources-review-authors
93. RevMan 5 download and installation. Informatics & Knowledge Management Department.. Available from: https://tech.cochrane.org/revman/download
94. Ukoumunne OC, Gulliford MC, Chinn S, Sterne J a, Burney PG. Methods for evaluating area-wide and organisation-based interventions in health and health care: a systematic review. Health Technol Assess. 1999;3(5):iii-92.
95. Shojania K, Jennings A, Mayhew A, Ramsay CR, Eccles MP, Grimshaw J, et al. The effects of on-screen , point of care computer reminders on processes and outcomes of care (Review) The effects of on-screen , point of care computer reminders on processes and outcomes of care. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(1):1–3.
96. Flodgren G, Parmelli E, Doumit G, Gattellari M, Ma OB, Grimshaw J, et al. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2011;(8).
97. Forsetlund L, Bjorndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O´Brien M, Wolf F, et al. Talleres y reuniones de educación continuada: efectos sobre la práctica profesional y los resultados de la asistencia sanitaria. En Bibl Cochrane Plus. 2009;3. Available from: http://www.bibliotecacochrane.com
98. Shojania KG, Jennings A, Mayhew A, Ramsay C, Eccles M, Grimshaw J. Effect of point-of-care computer reminders on physician behaviour: A systematic review. Cmaj. 2010;182(5).
99. Sanz-Cuesta T, López-Alcalde J, Del Cura-González I, Escortell-Mayor E, Martín-

Fernández J, Gómez-Gascón T, Cere- suela-Wiesmann E, Tello-Bernabé ME, Gracia J, Azcoaga-Lorenzo A, Escrivá-Ferrairo RA, Rumayor Zarzuelo M, Rico-Blázquez M, Rodríguez-MonjeMT, Solà I, Saa-RequejoC,Gil deMiguel A. Professional interventions to implement guidelines to prevent hazardous alcohol consumption by patients in primary care settings. CochraneDatabase of Systematic Reviews 2012, Issue 7. Art.No.: CD004630.

100. Buchsbaum DG, Buchanan RG, Lawton MJ, Elswick RK, Schnoll SH. A program of screening and prompting improves short-term physician counseling of dependent and nondependent harmful drinkers. Arch Intern Med. 1993;153(13):1573–7. Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clcentral/articles/269/CN-00094269/frame.html
101. Butler CC, Simpson SA, Hood K, Cohen D, Pickles T, Spanou C, et al. Training practitioners to deliver opportunistic multiple behaviour change counselling in primary care: a cluster randomised trial. BMJ. 2013 Mar 19;346(mar19_3):f1191. Available from: http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.f1191
102. Spanou C, Simpson SA, Hood K, Edwards A, Cohen D, Rollnick S, et al. Preventing disease through opportunistic, rapid engagement by primary care teams using behaviour change counselling (PRE-EMPT): protocol for a general practice-based cluster randomised trial. BMC Fam Pract. 2010;11:69. Available from: http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/69
103. Chossis I, Lane C, Gache P, Michaud P-A, Pécoud A, Rollnick S, et al. Effect of training on primary care residents' performance in brief alcohol intervention: a randomized controlled trial. J Gen Intern Med. 2007;22(8):1144–9. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2305743&tool=pmcentrez&rendertype=abstract
104. Hilbink M, Voerman G, van Beurden I, Penninx B, Laurant M. A Randomized Controlled Trial of a Tailored Primary Care Program to Reverse Excessive Alcohol Consumption. J Am Board Fam Med. 2012;25:712–22.
105. Van Beurden I, Anderson P, Akkermans RP, Grol RPTM, Wensing M, Laurant MGH. Involvement of general practitioners in managing alcohol problems: A randomized controlled trial of a tailored improvement programme. Addiction. 2012;107(9):1601–11.
106. Anderson P, Bendtsen P, Spak F, Reynolds J, Drummond C, Segura L, et al. Improving the delivery of brief interventions for heavy drinking in primary health care: outcome results of the Optimizing Delivery of Health Care Intervention (ODHIN) five-country cluster randomized factorial trial. Addiction. 2016;111(11):1935–45.
107. Bendtsen P, Mussener U, Karlsson N, Lopez-Pelayo H, Palacio-Vieira J, Colom J, et al. Implementing referral to an electronic alcohol brief advice website in primary healthcare: results from the ODHIN implementation trial. BMJ Open. 2016;6(6):e010271--e010271-.
108. Anderson P, Kaner E, Keurhorst M, Bendtsen P, Van Steenkiste B, Reynolds J, et al. Attitudes and Learning through Practice Are Key to Delivering Brief Interventions for Heavy Drinking in Primary Health Care: Analyses from the ODHIN Five Country Cluster Randomized Factorial Trial. Int J Environ Res Public Heal. 2017;14(14). Available from: www.mdpi.com/journal/ijerph
109. Keurhorst M, Anderson P, Heinen M, Bendtsen P, Baena B, Brzózka K, et al. Impact of primary healthcare providers' initial role security and therapeutic commitment on implementing brief interventions in managing risky alcohol consumption: a cluster randomised factorial trial. Implement Sci. 2016;11(1):96. Available from: http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-016-0468-5
110. Keurhorst MN, Anderson P, Spak F, Bendtsen P, Segura L, Colom J, et al. Implementing

training and support, financial reimbursement, and referral to an internet-based brief advice program to improve the early identification of hazardous and harmful alcohol consumption in primary care (ODHIN): study protocol for a cluster rando. Implement Sci. 2013;8:11. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3564747&tool=pmcentrez&rendertype=abstract%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23347874%5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3564747

111. Saitz R, Horton N, Sullivan L, Moskowitz M, Samet J. Addressing Alcohol Problems in Primary Care: A Cluster Randomized, Controlled Trial of a Systems Intervention: The Screening and Intervention in Primary Care (SIP) Study. Ann Intern Med. 2003;138(5):372. Available from: http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed6&NEWS=N&AN=2003095232

112. Sanci L, Chondros P, Sawyer S, Pirkis J, Ozer E, Hegarty K, et al. Responding to young people's health risks in primary care: A cluster randomised trial of training clinicians in screening and motivational interviewing. PLoS One. 2015;10(9).

113. Sanci L, Grabsch B, Chondros P, Shiell A, Pirkis J, Sawyer S, et al. The prevention access and risk taking in young people (PARTY) project protocol: a cluster randomised controlled trial of health risk screening and motivational interviewing for young people presenting to general practice. BMC Public Health. 2012;12:400. Available from: http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/400

114. Kaner EFS, Lock CA, McAvoy BR, Heather N, Gilvarry E. A RCT of three training and support strategies to encourage implementation of screening and brief alcohol intervention by general practitioners. Br J Gen Pract. 1999;49(446):699–703.

115. Lock CA, Kaner EF, Heather N, McAvoy BR, Gilvarry E. A randomized trial of three marketing strategies to disseminate a screening and brief alcohol intervention programme to general practitioners. Br J Gen Pract. 1999;49(446):695.

116. Anderson P, Kaner E, Wutzke S, Funk M, Heather N, Wensing M, et al. Attitudes and Managing Alcohol Problems in General Practice: an Interaction Analysis Based on Findings From a Who Collaborative Study. Alcohol Alcohol. 2004;39(4):351–6. Available from: www.alcalc.oupjournals.org

117. Lock CA, Kaner EFS, Heather N, Gilvarry E, McAvoy BR. Changes in receptionists' attitudes towards involvement in a general practice-based trial of screening and brief alcohol intervention. Br J Gen Pract. 2000;50(451):111–5.

118. Gomel M, Saunders JB, Burns L, Hardcastle D, Sumich M. Dissemination of Early Intervention for Harmful Alcohol Consumption in General Practice. Heal Promot J Aust. 1994;4(2):65–9.

119. Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, Ma OB, Fm W, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes (review). Cochrane Libr. 2009;2(2):2–4.

120. Nygaard P, Paschall MJ, Aasland OG, Lund KE. Use and barriers to use of screening and brief interventions for alcohol problems among norwegian general practitioners. Alcohol Alcohol. 2010;45(2):207–12.

121. Anderson P, Aurant M, Kaner E, Wensing M, Grol R. Engaging General Practitioners in the Management of Hazardous and Harmful Alcohol Consumption: REsults of a Meta-Analysis. J Stud Alcohol. 2014;(191–199).

122. McElwaine KM, Freund M, Campbell EM, Bartlem KM, Wye PM, Wiggers JH. Systematic review of interventions to increase the delivery of preventive care by primary care nurses and allied health clinicians. Implement Sci IS. 2016;11:50. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27052329

123. Seale JP, Velasquez MM, Johnson JA, Shellenberger S, von Sternberg K, Dodrill C, et al. Skills-Based Residency Training in Alcohol Screening and Brief Intervention: Results

from the Georgia-Texas “Improving Brief Intervention” Project. Subst Abus. 2012 Jul;33(3):261–71. Available from: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08897077.2011.640187

124. Seale JP, Shellenberger S, Boltri JM, Okosun IS, Barton B. Effects of screening and brief intervention training on resident and faculty alcohol intervention behaviours: a pre-post-intervention assessment. BMC Fam Pract. 2005;6:46.
125. Keurhorst M, van de Glind I, Bitarello do. Amaral-Sabadini M, Anderson P, Kaner E, Newbury-Birch D, et al. Implementation strategies to enhance management of heavy alcohol consumption in primary health care: a meta-analysis. Addiction. 2015 Dec;110(12):1877–900. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/add.13088
126. Mccambridge J, Saitz R. Rethinking brief interventions for alcohol in general practice. Bmj. 2017;356(j116):1–4.
127. Randell E, Pickles T, Simpson SA, Spanou C, McCambridge J, Hood K, et al. Eligibility for interventions, co-occurrence and risk factors for unhealthy behaviours in patients consulting for routine primary care: results from the Pre-Empt study. BMC Fam Pract. 2015;16(1):133. Available from: http://www.biomedcentral.com/1471-2296/16/133
128. Torgerson DJ. Contamination in trials: is cluster randomisation the answer? BMJ. 2001;322(7282):355–7.
129. Thorpe KE, Zwarenstein M, Oxman AD, Treweek S, Furberg CD, Altman DG, et al. A pragmatic-explanatory continuum indicator summary (PRECIS): a tool to help trial designers. J Clin Epidemiol. 2009;62(5):464–75.
130. Hahn S, Puffer S, Torgerson DJ, Watson J. Methodological bias in cluster randomised trials. BMC Med Res Methodol. 2005;5:10.
131. Campbell MK, Elbourne DR ADCC group. Ensayos clínicos aleatorizados comunitarios (CONSORT CLUSTER). Med Clin. 2005;Dec 1(125 Supple 1):28–31.
132. Eldridge S, Kerry S, Torgerson DJ. Bias in identifying and recruiting participants in cluster randomised trials: what can be done? BMJ. 2009;339:b4006.
133. Caille A, Kerry S, Tavernier E, Leyrat C, Eldridge S, Giraudeau B. Timeline cluster: a graphical tool to identify risk of bias in cluster randomised trials. BMJ. 2016;354(7418):i4291. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27530617
134. Campbell MK, Piaggio G, Elbourne DR, Altman DG. Consort 2010 statement: extension to cluster randomised trials. Bmj. 2012;345(sep04 1):e5661–e5661.
135. Grimshaw J, Mcauley LM, Bero LA, Grilli R, Oxman AD, Ramsay C, et al. Systematic reviews of the effectiveness of quality improvement strategies and programmes. Qual Saf Heal Care. 2003;12:298–303.
136. Davis R, Campbell R, Hildon Z, Hobbs L, Michie S. Theories of behaviour and behaviour change across the social and behavioural sciences: a scoping review. Health Psychol Rev. 2015;9(3):323–44.
137. Liang L, Bernhardsson S, Vernooij RWM, Armstrong MJ, Bussières A, Brouwers MC, et al. Use of theory to plan or evaluate guideline implementation among physicians: a scoping review. 2017;1–12.
138. Perera R, Heneghan C, Yudkin P. Graphical method for depicting randomised trials of complex interventions. BMJ Br Med J. 2007;334(7585):127–9.
139. Giraudeau B, Caille A, Le Gouge A, Ravaud P. Participant informed consent in cluster randomized trials: Review. PLoS One. 2012;7(7):1–11.

10. ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

1. ¿Con qué frecuencia toma alguna bebida alcohólica? 1. Nunca 2. Una o menos veces al mes 3. 2 a 4 veces al mes 4. 2 o 3 veces a la semana 5. 4 o más veces a la semana	**6. ¿**Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas por la mañana para recuperarse de haber bebido mucho la noche anterior? (0) Nunca (1) Menos de una vez en el mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas con contenido alcohólico suele hacer en un día de beber normalmente? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7 a 9 (4) 10 o más	**7. ¿**Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez en el mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más consumiciones alcohólicas en un solo día? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario	8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de recordar qué pasó la noche anterior porque había estado bebiendo? (0) Nunca (1) Menos de una vez en el mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año se ha encontrado con que no podía parar de beber una vez había empezado? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario	**9. ¿**Usted o alguna otra persona se ha hecho daño como consecuencia que Usted había bebido? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido realizar la actividad que le correspondía, por haber bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente • A diario o casi a diario	**10. ¿**Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario se ha preocupado por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año
Punto de corte para el consumo de riesgo: 8 o más en varones y 6 o más en mujeres	

Anexo 2. Cuestionario AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test)

1. ¿Con qué frecuencia toma alguna bebida alcohólica? (0) Nunca (1) Una o menos veces al mes (2) 2 a 4 veces al mes (3) 2 o 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana
2. **¿**Cuántas consumiciones de bebidas con contenido alcohólico suele hacer en un día de beber normalmente? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7 a 9 (4) 10 o más
3. **¿**Con qué frecuencia toma seis o más consumiciones alcohólicas en un solo día? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
4. **¿**Con qué frecuencia en el curso del último año se ha encontrado con que no podía parar de beber una vez había empezado? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
Punto de corte para el consumo de riesgo: cinco o más en varones y cuatro o más en mujeres **Si es positivo hacer AUDIT Completo de 10 items**

Fuente: Gual A., Segura L., Contel M., Heather N. & Colom J. Audit-3 and Audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test Alcohol & Alcoholism 2002;37,6:591-6.

Anexo 3. Cuestionario CAGE

(*Chronic Alcoholism General Evaluation*- Evaluación General del Alcoholismo Crónico)

¿Ha pensado en alguna ocasión que tenía que reducir la bebida?
¿Le han molestado las observaciones de la gente acerca de sus hábitos?
¿SE ha sentido alguna vez a disgusto o culpable por su costumbre de beber?
¿Alguna vez ha tenido que beber a primera hora de la mañana para sentirse en forma?

Se considera positivo si se responde afirmativamente a un mínimo de dos preguntas.

Anexo 4. Estrategias de implementación dirigidas a los profesionales

Tipo de estrategia	Factores que pueden influir(78)
Distribución de material didáctico: Distribución de material educativo/recomendaciones para la atención clínica, que pueden entregarse personalmente o por correo masivo, en cualquier formato (por correo electrónico o postal…), incluyendo materiales audiovisuales y publicaciones electrónicas. Por ejemplo, esto se puede distribuir a través de internet, habilidades de aprendizaje de evaluación; habilidades en la recuperación de información electrónica; diagnóstico; formulación de la pregunta.	Factores que pueden influir en el uso de los recursos ● Formato de materiales educativos (por ejemplo, impresos, audiovisuales). ● Método de distribución (por ejemplo, por correo, entregado personalmente). ● El número de copias de un conjunto dado de directrices, el número de conjuntos de directrices y el número de veces que se distribuyen.
Educación interprofesional: Formación continuada de profesionales sanitarios que implica a más de una profesión y utiliza el aprendizaje interactivo. Hace referencia a cualquier tipo de sesión educativa, didáctica, de entrenamiento o de aprendizaje en la cual dos o más profesionales de asistencia sanitaria (y atención social) aprenden de forma interactiva, con el objetivo de mejorar la colaboración interprofesional o la salud y/o el bienestar de los pacientes, o ambos. Extraído de: Rev Cochrane 2013	
Reuniones educativas: Cursos, talleres, conferencias o cualquier otro formato de sesión educativa que se realice fuera de su entorno de práctica habitual.	Factores que pueden influir en los recursos utilizar ● Ubicación, frecuencia y longitud de reuniones. ● Formato de las reuniones (gran conferencia didáctica, pequeños talleres interactivos).
Proceso de consenso local: Proceso de consenso local formal o informal, por ejemplo acordar un protocolo clínico para gestionar un grupo de pacientes. Inclusión de los proveedores que van a participar en la discusión para asegurar que están de acuerdo tanto en la relevancia del problema seleccionado como del enfoque en su manejo.	
Visitas de divulgación educativa o "academic detailing": Visitas a profesionales sanitarios en su lugar de trabajo, realizadas por un entrenador/experto, para ofrecer información con el objetivo de cambiar la práctica del proveedor/es. La información proporcionada puede incluir comentarios o *feedback* sobre el desempeño del proveedor/es. La reunión puede ser con un proveedor individual o grupos de proveedores. ***Academic detailing:*** Visitas estructuradas realizadas por personal entrenado con el objetivo de ofrecer formación 'a medida' y asistencia técnica en el cuidado de salud y ayudar a los proveedores a utilizar las mejores prácticas. Extraído de: https://www.cdc.gov/tobacco/	Factores que pueden influir en el uso de los recursos ● Ubicación, frecuencia y duración de las visitas de extensión (es decir, ¿visitan todos los médicos generales en una práctica en una reunión, visitan a los consultores uno por uno?). ● Número de trabajadores que reciben la intervención

Tipo de estrategia	Factores que pueden influir(78)
Opinión de líderes locales: Identificación y uso de la opinión de líderes locales para promover la buena práctica clínica. Uso de los proveedores designados por sus colegas como "influyentes en la educación". Los investigadores deben haber declarado explícitamente que sus colegas identificaron a los líderes de opinión.	Factores que pueden influir en el uso de los recursos ● Actividades de líder de opinión (por ejemplo, reuniones, visitas). ● Número de líderes de opinión.
Intervenciones mediadas por el paciente: El uso de pacientes, por ejemplo a través de los resultados del propio paciente, para cambiar la práctica profesional. Nueva información clínica (no disponible previamente) recogida directamente de los pacientes y proporcionada al proveedor (ej. Resultados de un instrumento para diagnosticar depresión).	
Medidas de resultado informadas por el paciente: Uso regular de los resultados informados por el paciente a los proveedores y/o a los pacientes. Las medidas de resultado informadas por el paciente (PROM) van dirigidas a registrar las perspectivas de salud y enfermedad de los pacientes, así como de los efectos de las intervenciones en salud. Extraído de: Marshall S et al. J Eval Clin Pract. 2006	
Auditoría y retroalimentación: Un resumen del desempeño clínico durante un período de tiempo especificado; proporcionado en forma verbal, escrita o electrónica. El resumen puede incluir recomendaciones para tomar medidas clínicas. La información puede haber sido obtenida a partir de registros médicos, de datos observados en los pacientes o de bases de datos. La retroalimentación puede incluir resúmenes del desempeño clínico a nivel del proveedor individual, un grupo de proveedores, la práctica, la institución o la región. El receptor de la retroalimentación puede ser el proveedor individual, un grupo de prácticas, institución o región.	Factores que pueden influir en el uso de los recursos ● Frecuencia de la auditoría y comentarios (por ejemplo, cada 6 meses). ● Método de auditoría, relacionado con los datos necesarios para medir el comportamiento (por ejemplo, auditoría manual de una muestra de registros médicos, uso de datos computarizados recopilados de forma rutinaria, PACT). ● Formato de la retroalimentación, producido por quien (informe impreso a individuo / institución, reunión / briefing a nivel individual a nivel institucional).
Avisos/Recordatorios/Notificaciones: Intervenciones (informatizadas o manuales) dirigidas a impulsar a los profesionales clínicos a desarrollar una acción durante una consulta con el paciente, por ejemplo, sistemas informatizados de ayuda a las decisiones. Información específica del paciente o del encuentro proporcionada verbalmente, en papel o en una pantalla de computadora, que está diseñada o tiene la intención de incitar a un profesional de la salud a recordar la información. Por lo general, esto se puede encontrar a través de su educación general, en los registros médicos o a través de interacciones con sus compañeros, y así recordarles que realicen o eviten alguna acción para ayudar a la atención individual del paciente.	Factores que pueden influir en el uso de los recursos ● Frecuencia y número de recordatorios / avisos. ● Formato y método de recordatorios / avisos (por ejemplo, lista de verificación impresa generada por computadora adjunta a los expedientes médicos del paciente por el personal de la oficina, en línea durante el encuentro del paciente).
Informe de casos clínicos: sistema para presentar informes sobre casos clínicos.	
Monitorización de la actuación en la prestación de atención sanitaria: La monitorización de los servicios sanitarios por parte de individuos o de organizaciones sanitarias, por ejemplo la comparación	

Tipo de estrategia	Factores que pueden influir(78)
con un estándar.	
Comunidades de práctica: Grupos de personas con un interés común en profundizar su conocimiento y experiencia en esta área mediante interacción habitual.	
Mejora continua de la calidad: Proceso interactivo para revisar y mejorar el cuidado que incluye la implicación de equipos sanitarios, análisis de un proceso o sistema, proceso estructurado de mejora o método de resolución de problemas y utilización de análisis de datos para valorar cambios.	
Juegos educativos: El uso de juegos como estrategia educativa para mejorar los estándares de cuidado.	
Guías de práctica clínica: Las GPCs son declaraciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales de salud y los pacientes en la adecuada toma de decisiones sobre un problema específico de salud.	
Supervisión administrativa: Visitas de supervisión habitual por personal sanitario.	
Divulgación pública de datos de rendimiento: Poner al corriente al público en general sobre el cuidado de la salud mediante la divulgación de datos de rendimiento, bien por escrito, bien de forma electrónica.	
Intervenciones dirigidas/adaptadas: son intervenciones dirigidas a cambiar la práctica seleccionadas en función de la valoración de barreras al cambio, por ejemplo a través de entrevistas o encuestas.	

Fuente: Taxonomy EPOC Group *Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). EPOC Taxonomy; 2015. Available at:* https://epoc.cochrane.org/epoc-taxonomy (accessed 24 febrero 2016) (77)

Anexo 5. Estrategias de búsqueda bibliográfica Medline

Resultados de la estrategia de búsqueda en Medline		
No.	**Search terms**	**Results**
1	alcohol drinking/	57984
2	alcoholism/	70455
3	alcoholic intoxication/	11720
4	(alcohol$ or drinking).ti.	138317
5	(alcoholic? or alcoholism).ab.	53105
6	(alcohol adj3 (abus$ or addiction? or binge? or bingeing or consumption or dependen$ or excess$ or intervention? or misus$ or "overuse" or problem? or unhealthy or "use")).ab.	85958
7	((drinker? or drinking) adj3 (alcohol$ or "at risk" or harmful or hazard$ or "high risk" or binge$ or problem or excess$)).ti,ab.	19822
8	((alcohol or alcoholism or alcoholic?) adj3 (diagnosis or diagnosing or prevention or preventiv$ or preventativ$ or screening)).ab.	4533
9	Drinking behavior/ and alcohol$.ti,hw.	652
10	(substance related disorders/ or substance abuse detection/) and alcohol$.ab.	16406
11	or/1-10 [Alcoholism]	249986
12	Primary Health Care/	61722
13	General Practice/ or Family practice/ or General Practitioners/ or Physicians, Family/ or Physicians, Primary Care/ or General Practice, Dental/ or Primary Care Nursing/	92306
14	(primary adj4 (care or healthcare or prevention)).ti,ab.	130614
15	((general or family) adj2 (practice? or practitioner? or physician? or doctor?)).ti,ab.	101561
16	(routine adj2 (visit? or health care or healthcare)).ti,ab.	2308
17	(general medical exam$ or health check? or check-up?).ti,ab.	9170
18	Nurse practitioners/	16054
19	nurse practitioner?.ti,ab.	9281
20	Physician assistants/	4851
21	(physician? assistant? or doctor? assistant? or physician? extender? or feldsher?).ti,ab.	3823
22	or/12-21 [Primary Care/Nurse Practitioner]	294095
23	community health nursing/ or community health services/ or community health centers/	52675
24	Ambulatory Care/	38678
25	((ambulatory or walk-in or neighbo?rhood or community) adj2 (clinic? or care centre or care centres or care center? or health$ centre or health$ centres or health$ center?)).ti,ab.	10663
26	(medical setting? or healthcare setting?).ti,ab.	6186

Resultados de la estrategia de búsqueda en Medline		
No.	**Search terms**	**Results**
27	or/23-26 [Community or other medical settings which may be frontline]	104535
28	Practice Guidelines as Topic/ or Guidelines as Topic/ or Clinical Protocols/ or Critical Pathways/ or Guideline Adherence/	167856
29	(guideline? adj3 (adher$ or FOLLOW$ or implement$ or application$ or concord$ or using or introduc$ or treatment? or screening or diagnos$ or intervention? or reminder?)).ti,ab.	48716
30	((program? or programme or programmes) adj3 (adher$ or implement$ or application$ or concord$ or introduc$ or treatment? or screening or diagnos$)).ti,ab.	70936
31	(protocol? adj2 (clinical or treatment or diagnos$ or screen$)).ti,ab.	26914
32	((clinical or treatment) adj2 algorithm?).ti,ab.	6954
33	exp Consensus Development Conferences as Topic/	2439
34	((guideline? or protocol?) adj10 (physician led or nurse-led)).ti,ab.	114
35	((GUIDELINE? or PROTOCOL?) adj10 ((physician? or nurse or nurses or doctor?) adj3 (EDUCATION$ or training or teaching or learning or uptake or implement$ or adher$ or follow$))).ti,ab.	1491
36	or/28-35 [GL implementation, adher/Consensus Conferences etc]	299903
37	11 and 22 [Alcoholism & PC]	6232
38	(11 and 27) not 37 [Alcoholism & Community Care/other med settings]	2026
39	(11 and 36) not (or/37-38) [Alcoholism & Guideline Terms & synonyms]	4627
40	(randomized controlled trial or controlled clinical trial).pt. or randomized.ab. or placebo.ab. or clinical trials as topic.sh. or randomly.ab. or trial.ti.	1059823
41	exp animals/ not humans.sh.	4297002
42	40 not 41 [Cochrane RCT Filter 6.4.d Sens/Precision Maximizing]	977262
43	controlled clinical trial/ or multicenter study/	297300
44	cluster.ti,ab.	138507
45	random$.ti,ab.	876875
46	or/43-45 [Additional Methodological Filter Terms]	1228621
47	37 and 42 [Alcohol & PC & Cochrane RCT Filter]	845
48	(and/37,46) not 47 [Alcohol & PC & Additional Methodological Terms]	474
49	(38 and (or/42,46)) not (or/47-48) [Alcoholism & Other settings & Filter]	405
50	(and/39,42,46) not (or/47-49) [Alcoholism & GL Terms & Filters]	424
51	or/47-50 [Results August 08, 2016]	2148

Anexo 6. Estrategias de búsqueda bibliográfica Embase

Resultados de búsqueda bibliográfica Embase		
No.	**Search terms**	**Results**
1	exp drinking behavior/	41841
2	exp alcoholism/	111735
3	alcohol intoxication/	12238
4	(alcohol* or drinking).ti.	175666
5	(alcoholic? or alcoholism).ab.	79722
6	alcohol.ab.	245731
7	(abus* or addiction? or binge? or bingeing or consumption or dependen* or excess* or intervention? or misus* or overuse or problem? or unhealthy or use*).ab.	8832936
8	(alcohol adj3 (abus* or addiction? or binge? or bingeing or consumption or dependen* or excess* or intervention? or misus* or overuse or problem? or unhealthy or use*)).ab.	117729
9	(drinker? or drinking).ti,ab.	123735
10	(alcohol* or at risk or harmful or hazard* or high risk or binge* or problem or excess*).ti,ab.	1810120
11	((drinker? or drinking) adj3 (alcohol* or at risk or harmful or hazard* or high risk or binge* or problem or excess*)).ti,ab.	25836
12	(alcohol or alcoholism or alcoholic?).ab.	293259
13	(diagnosis or diagnosing or prevention or preventiv* or preventativ* or screening).ab.	2307547
14	((alcohol or alcoholism or alcoholic?) adj3 (diagnosis or diagnosing or prevention or preventiv* or preventativ* or screening)).ab.	6237
15	exp addiction/	253608
16	exp substance abuse/	46949
17	15 or 16	285068
18	17 and alcohol*.ab.	82973
19	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 8 or 11 or 14 or 18	327901
20	exp primary health care/	128657
21	exp general practice/	75882
22	exp general practitioner/	75421
23	(primary adj4 (care or healthcare or prevention)).ti,ab.	167201
24	((general or family) adj2 (practice? or practitioner? or physician? or doctor?)).ti,ab.	126765
25	(routine adj2 (visit? or health care or healthcare)).ti,ab.	3513
26	(general medical exam* or health check? or check-up?).ti,ab.	12891
27	exp nurse practitioner/	20751
28	nurse practitioner?.ti,ab.	11472
29	exp physician assistant/	6151
30	(physician? assistant? or doctor? assistant? or physician? extender? or feldsher?).ti,ab.	4674
31	or/20-30	396277
32	exp community health nursing/	26094
33	exp community care/	107700
34	exp ambulatory care/	43023
35	((ambulatory or walk-in or neighbo?rhood or community) adj2 (clinic? or care centre or care centres or care center? or health* centre or health* centres or health* center?)).ti,ab.	13424

Resultados de búsqueda bibliográfica Embase		
No.	**Search terms**	**Results**
36	(medical setting? or healthcare setting?).ti,ab.	7699
37	or/32-36	168012
38	exp practice guideline/	376919
39	exp clinical protocol/	77513
40	exp clinical pathway/	7179
41	(guideline? adj3 (adher* or follow* or implement* or application* or concord* or using or introduc* or treatment? or screening or diagnos* or intervention? or reminder?)).ti,ab.	73687
42	((program? or programme or programmes) adj3 (adher* or implement* or application* or concord* or introduc* or treatment? or screening or diagnos*)).ti,ab.	93137
43	(protocol? adj2 (clinical or treatment or diagnos* or screen*)).ti,ab.	38596
44	((clinical or treatment) adj2 algorithm?).ti,ab.	9888
45	((guideline? or protocol?) adj10 (physician led or nurse-led)).ti,ab.	212
46	((guideline? or protocol?) adj10 ((physician? or nurse or nurses or doctor?) adj3 (education* or training or teaching or learning or uptake or implement* or adher* or follow*))).ti,ab.	2185
47	or/38-46	545636
48	19 and 31	8647
49	(19 and 37) not 48	2520
50	(19 and 47) not (48 or 49)	7563
51	random:.tw. or placebo:.mp. or double-blind:.mp.	1371169
52	multicenter study/	143915
53	controlled clinical trial/	398404
54	cluster.ti,ab.	146980
55	random*.ti,ab.	1123021
56	52 or 53 or 54 or 55	1519366
57	48 and 51	1294
58	(48 and 56) not 57	160
59	49 and (51 or 56)	327
60	57 or 58	1454
61	59 not 60	327
62	50 and (51 or 56)	1046
63	57 or 58 or 61	1781
64	62 not 63	1046
65	57 or 58 or 61 or 64	2827

Anexo 7. Estrategias de búsqueda bibliográfica The Cochrane Library

Tesultados búsqueda bibliográfica The Cochrane Library (Wiley): CDSR, DARE, CENTRAL, HTA, NHS-EED		
No.	Search terms	Results
#1	[mh "alcohol drinking"]	2878
#2	[mh alcoholism]	2675
#3	(alcohol* or drinking):ti	9054
#4	(alcoholic* or alcoholism):ab	2863
#5	alcohol:ab	10245
#6	(abus* or addiction* or binge* or bingeing or consumption or dependen* or excess* or intervention* or misus* or overuse or problem* or unhealthy):ab	177719
#7	(#5 and #6)	6878
#8	(drinker* or drinking):ti,ab	5294
#9	(alcohol* or at risk or harmful or hazard* or high risk or binge* or problem or excess*):ti,ab	116781
#10	(#8 and #9)	3998
#11	(alcohol or alcoholism or alcoholic*):ab	11604
#12	(diagnosis or diagnosing or prevention or preventiv* or preventativ* or screening):ab	67076
#13	(#11 and #12)	2163
#14	[mh "drinking behavior"]	2976
#15	alcohol*:ti	8290
#16	(#14 and #15)	1837
#17	[mh "substance-related disorders"]	10782
#18	[mh "substance abuse detection"]	406
#19	(#17 or #18)	10861
#20	alcohol*:ti,ab	14057
#21	(#19 and #20)	4259
#22	{or #1-#4, #7, #10, #13, #16, #21}	14033
#23	[mh "primary health care"]	6033
#24	[mh "general practice"]	2491
#25	[mh "family practice"]	2174
#26	[mh "general practitioners"]	157
#27	[mh "physicians, family"]	476
#28	[mh "physicians, primary care"]	115
#29	[mh "general practice, dental"]	56
#30	[mh "primary care nursing"]	19
#31	[mh "nurse practitioners"]	324
#32	[mh "physician assistants"]	56
#33	{or #23-#32}	8922
#34	primary:ti,ab and (care or healthcare or prevention):ti,ab	32170
#35	(general or family):ti,ab	52725
#36	(practice* or practitioner* or physician* or doctor*):ti,ab	55079
#37	(#35 and #36)	12685

Tesultados búsqueda bibliográfica The Cochrane Library (Wiley): CDSR, DARE, CENTRAL, HTA, NHS-EED		
No.	Search terms	Results
#38	routine:ti,ab and (visit* or health care or healthcare):ti,ab	2836
#39	(general medical exam* or health check* or check-up*):ti,ab	3458
#40	nurse practitioner*:ti,ab	976
#41	(physician assistant* or doctor assistant* or physician extender* or feldsher*):ti,ab	189
#42	{or #33-#34, #37-#41}	48100
#43	[mh "community health nursing"]	386
#44	[mh "community health services"]	12343
#45	[mh "community health centers"]	556
#46	[mh "ambulatory care"]	3688
#47	(ambulatory or walk-in or community):ti,ab	28725
#48	(clinic* or care centre or care centres or health centre* or healthcare centre*):ti,ab	296864
#49	(#47 and #48)	11380
#50	{or #43-#46, #49}	25880
#51	[mh "clinical protocols"]	15394
#52	[mh "critical pathways"]	301
#53	[mh "guideline adherence"]	926
#54	guideline*:ti,ab and (adher* or follow* or implement* or application* or concord* or using or introduc* or treatment* or screening or diagnos* or intervention* or reminder*):ti,ab	11695
#55	(program* or programme or programmes):ti,ab	55303
#56	(adher* or implement* or application* or concord* or introduc* or treatment? or screening or diagnos*):ti,ab	180771
#57	(#55 and #56)	17650
#58	protocol*:ti,ab and (clinical or treatment or diagnos* or screen*):ti,ab	29676
#59	algorithm*:ti,ab and (clinical or treatment):ti,ab	2566
#60	((guideline* or protocol*) and (physician* or nurse or nurses or doctor*)):ti,ab	4060
#61	{or #51-#54, #57-#60}	70706
#62	(#22 and #42)	1304
#63	(#22 and #50)	985
#64	(#63 not #62)	716
#65	(#22 and #61)	1212
#66	(#62 or #64)	2015
#67	(#65 not #66)	771
#68	(#62 or #64 or #67) Publication Year from 2012 to 2016	1075

Anexo 8. Estrategias de búsqueda bibliográfica CINAHL

Cinahl (EBSCO)		
No.	**Search terms**	**Results**
S1	MH alcohol drinking	14.019
S2	MH alcoholism	8.713
S3	MH alcoholic intoxication	1.609
S4	TI alcohol* or drinking	31.845
S5	AB alcoholic# or alcoholism	11.102
S6	AB alcohol N3 (abus* or addiction# or binge# or bingeing or consumption or dependen* or excess* or intervention# or misus* or "overuse" or problem# or unhealthy or "use")	16.695
S7	TI ((drinker# or drinking) AND (alcohol* or "at risk" or harmful or hazard* or "high risk" or binge* or problem or excess*)) OR AB ((drinker# or drinking) N3 (alcohol* or "at risk" or harmful or hazard* or "high risk" or binge* or problem or excess*))	5.791
S8	AB (alcohol or alcoholism or alcoholic#) N3 (diagnosis or diagnosing or prevention or preventiv* or preventativ* or screening)	1.304
S9	MH Drinking behavior AND ((TI alcohol* or MW alcohol*))	395
S10	MH (substance use disorders or substance abuse detection) AND AB alcohol*	2.412
S11	S1 or S2 or S3 or S4 or S5 or S6 or S7 or S8 or S9 or S10	43.160
S12	MH Primary Health Care	33.396
S13	MH Family practice OR MH Physicians, Family	19.612
S14	TI (primary N4 (care or healthcare or prevention)) OR AB (primary N4 (care or healthcare or prevention))	43.734
S15	TI ((general or family) N2 (practice# or practitioner# or physician# or doctor#)) OR AB ((general or family) N2 (practice# or practitioner# or physician# or doctor#))	20.385
S16	TI (routine AND (visit# or health care or healthcare)) OR AB (routine N2 (visit# or health care or healthcare))	978
S17	TI (general medical exam* or health check# or check-up#) OR AB (general medical exam* or health check# or check-up#)	1.495
S18	MH Nurse practitioners OR MH Family nurse practitioners OR MH Adult nurse practitioners	13.523
S19	TI nurse practitioner# OR AB nurse practitioner#	10.248
S20	MH Physician assistants	3.140
S21	TI (physician# assistant# or doctor# assistant# or physician# extender# or feldsher#) OR AB (physician# assistant# or doctor# assistant# or physician# extender# or feldsher#)	2.067
S22	S12 or S13 or S14 or S15 or S16 or S17 or S18 or S19 or S20 or S21	102.737
S23	MH community health nursing OR MH community health services OR MH community health centers	35.254
S24	MH Ambulatory Care	6.573
S25	TI ((ambulatory or walk-in or neighbo#rhood or community) AND (clinic# or care centre or care centres or care center# or health* centre or health* centres or health* center#)) OR AB ((ambulatory or walk-in or neighbo#rhood or community) N2 (clinic# or care centre or care centres or care center# or health* centre or health* centres or health* center#))	4.443

Cinahl (EBSCO)		
No.	**Search terms**	**Results**
S26	TI (medical setting# or healthcare setting#) OR AB (medical setting# or healthcare setting#)	6.917
S27	S23 or S24 or S25 or S26	51.469
S28	MH Critical Path OR MH Guideline Adherence	8.217
S29	TI (guideline# AND (adher* or follow* or implement* or application* or concord* or using or introduc* or treatment# or screening or diagnos* or intervention# or reminder#)) OR AB (guideline# N3 (adher* or follow* or implement* or application* or concord* or using or introduc* or treatment# or screening or diagnos* or intervention# or reminder#))	13.997
S30	TI ((program# or programme or programmes) AND (adher* or implement* or application* or concord* or introduc* or treatment# or screening or diagnos*)) OR AB ((program# or programme or programmes) N3 (adher* or implement* or application* or concord* or introduc* or treatment# or screening or diagnos*))	20.373
S31	TI ((clinical or treatment) N2 algorithm#) OR AB ((clinical or treatment) N2 algorithm#)	1.295
S32	TI ((guideline# or protocol#) N10 (physician led or nurse-led)) OR AB ((guideline# or protocol#) N10 (physician led or nurse-led))	75
S33	TI ((guideline# or protocol#) N10 ((physician# or nurse or nurses or doctor#) N3 (education* or training or teaching or learning or uptake or implement* or adher* or follow*))) OR AB ((guideline# or protocol#) N10 ((physician# or nurse or nurses or doctor#) N3 (education* or training or teaching or learning or uptake or implement* or adher* or follow*)))	817
S34	TI (protocol# N2 (clinical or treatment or diagnos* or screen*)) OR AB (protocol# N2 (clinical or treatment or diagnos* or screen*))	4.471
S35	S28 or S29 or S30 or S31 or S32 or S33 or S34	46.585
S36	S11 and S22	1.799
S37	(S11 and S27) NOT S36	544
S38	(S11 and S35) NOT (S36 or S37)	975
S39	(MM "Clinical Trials+")	9.428
S40	TI (“clinical study” or “clinical studies”) or AB (“clinical study” or “clinical studies”)	8.076
S41	TI random* or AB random*	129.772
S42	TI (control group or control groups OR control* experiment* or control* design or controlled study) OR AB (control group OR control groups or control* cohort* or controlled experiment* controlled design or controlled study)	58.577
S43	TI (cluster N2 trial* or cluster N2 study or cluster N2 group or cluster N2 groups or cluster N2 cohort or cluster N2 design or cluster N2 experiment*) OR AB (cluster N2 trial* or cluster N2 study or cluster N2 group or cluster N2 groups or cluster N2 cohort or cluster N2 design or cluster N2 experiment*)	2.274
S44	TI multicentre or multicenter or multi-centre or multi-center	25.610
S45	AB ((multicent* n2 design*) or (multicent* n2 study) or (multicent* n2 studies) or (multicent* n2 trial*)) or AB ((multi-cent* n2 design*) or (multi-cent* n2 study) or (multi-cent* n2	8.350

Cinahl (EBSCO)		
No.	**Search terms**	**Results**
	studies) or (multi-cent* n2 trial*))	
S46	TI controlled AND TI (trial or trials or study or experiment* or intervention)	23.363
S47	S39 OR S40 OR S41 OR S42 OR S43 OR S44 OR S45 OR S46	191.602
S48	MH multicenter studies OR MH clinical trials	96.692
S49	TI cluster OR AB cluster	9.868
S50	TI random* OR AB random*	129.772
S51	S48 or S49 or S50	200.517
S52	S36 and S47	293
S53	(S36 and S51) NOT S52	36
S54	(S37 and (S51 or S47)) NOT (S52 or S53)	100
S55	(S38 and S47 and S51) NOT (S52 or S53 or S54)	123
S56	S52 OR S53 OR S54 OR S55	552

Anexo 9. Estrategias de búsqueda bibliográfica Web of Science

	Web of Science	
No.	**Search terms**	**Results**
# 1	TI=((alcohol* OR drinking))	28.969
# 2	TS=((alcoholic? OR alcoholism))	2.685
# 3	TS=((alcohol AND (abus* OR addiction? OR binge? OR bingeing OR consumption OR dependent* OR excess* OR intervention? OR misuse* OR overuse OR problem? OR unhealthy)))	7.550
# 4	TS=((drinker* or drinking) AND (alcohol* OR at risk OR harmful OR hazard* OR high risk OR binge* OR problem OR excess*))	5.862
# 5	#4 OR #3 OR #2 OR #1	34.738
# 6	TS=((primary AND (care OR healthcare OR prevention)))	14.551
# 7	TS=((general OR family) AND (practice? OR practitioner? OR physician? OR doctor?))	6.638
# 8	#7 OR #6	20.302
# 9	TS=((ambulatory OR walk-in OR neighbo?rhood OR community))	98.604
# 10	TS=((clinic? OR care centre OR care centres OR care center? OR health* centre OR health* centres OR health* center?))	20.560
# 11	#10 AND #9	2.127
# 12	TS=((guideline* AND (adhere* OR follow* OR implement* OR application* OR concord* OR using OR introduce* OR treatment* OR screening OR diagnose* OR intervention* OR reminder*)))	31.859
# 13	TS=((protocol* AND (clinical OR treatment OR diagnose* OR screen*)))	12.181
# 14	TS=(((clinical OR treatment) AND algorithm*))	13.238
# 15	TS=(((guideline* OR protocol*) AND (physician led OR nurse-led)))	190
# 16	#15 OR #14 OR #13 OR #12	55.955
# 17	#8 AND #5	390
# 18	#11 AND #5	35
# 19	#18 NOT #17	25
# 20	#19 OR #17	415
# 21	#16 AND #11	169
# 22	#21 NOT #20	169
# 23	#22 OR #20	584

Anexo 10. Estrategias de búsqueda bibliográfica OPEN GREY

	OPEN GREY	
No.	**Search terms**	**Results**
1	subject:"alcohol drinking"	0
2	subject:"alcoholism"	0
3	subject:"alcoholic intoxication"	0
4	title:(alcohol* OR drinking)	1832
5	abstract:(alcoholic* OR alcoholism)	140
6	abstract:(alcohol NEAR/3 (abus* OR addiction* OR binge* OR consumption OR dependen* OR excess* OR intervention* OR misus* OR overuse* OR problem* OR unhealthy))	163
7	(title:((drinker* OR drinking) NEAR/3 (alcohol* OR at risk OR harmful OR hazard* OR high risk OR binge* OR problem OR exces*)) OR abstract:((drinker* OR drinking) NEAR/3 (alcohol* OR at risk OR harmful OR hazard* OR high risk OR binge* OR problem OR exces*)))	223
8	abstract:((alcohol OR alcoholism OR alcoholic*) NEAR/3 (diagnosis OR diagnosing OR prevention OR preventiv* OR preventativ* OR screening))	11
9	((subject:alcohol* OR title:alcohol*) AND subject:"drinking behavior")	0
10	((subject:"Substance related disorders" OR subject:"substance abuse detection") AND abstract:alcohol*)	0
11	or/1-10	**2117**
	subject:"alcohol drinking" OR subject:"alcoholism" OR subject:"alcoholic intoxication" OR title:(alcohol* OR drinking) OR abstract:(alcoholic* OR alcoholism) OR abstract:(alcohol NEAR/3 (abus* OR addiction* OR binge* OR consumption OR dependen* OR excess* OR intervention* OR misus* OR overuse* OR problem* OR unhealthy)) OR (title:((drinker* OR drinking) NEAR/3 (alcohol* OR at risk OR harmful OR hazard* OR high risk OR binge* OR problem OR exces*)) OR abstract:((drinker* OR drinking) NEAR/3 (alcohol* OR at risk OR harmful OR hazard* OR high risk OR binge* OR problem OR exces*))) OR abstract:((alcohol OR alcoholism OR alcoholic*) NEAR/3 (diagnosis OR diagnosing OR prevention OR preventiv* OR preventativ* OR screening)) OR ((subject:alcohol* OR title:alcohol*) AND subject:"drinking behavior") OR ((subject:"Substance related disorders" OR subject:"substance abuse detection") AND abstract:alcohol*)	
12	subject:"Primary health care"	0
13	subject:("General practice" OR "Family practice" OR "General practitioners" OR "Physicians, Family" OR "Physicians, Primary Care" OR "General practice, Dental" OR "Primary Care Nursing")	0
14	(title:(primary NEAR/4 (care OR healthcare OR prevention)) OR abstract:(primary NEAR/4 (care OR healthcare OR prevention)))	1541
15	(title:((general OR family) NEAR/2 (practice* OR practitioner* OR physician* OR doctor*)) OR abstract:((general OR family) NEAR/2 (practice* OR practitioner* OR physician* OR doctor*)))	2724

	OPEN GREY	
No.	**Search terms**	**Results**
16	(title:(routine NEAR/2 (visit* OR (health care) OR healthcare)) OR abstract:(routine NEAR/2 (visit* OR (health care) OR healthcare)))	84
17	(title:((general medical exam*) OR (health check*) OR check-up*) OR abstract:((general medical exam*) OR (health check*) OR check-up*))	334
18	subject:"Nurse practitioners"	0
19	(title:(nurse practitioner*) OR abstract:(nurse practitioner*))	71
20	subject:"Physician assistants"	0
21	(title:((physician* assistant*) OR (doctor* assistant*) OR (physician* extender*) OR feldsher*) OR abstract:((physician* assistant*) OR (doctor* assistant*) OR (physician* extender*) OR feldsher*))	16
22	or/12-21	**4401**
	subject:"Primary health care" OR subject:("General practice" OR "Family practice" OR "General practitioners" OR "Physicians, Family" OR "Physicians, Primary Care" OR "General practice, Dental" OR "Primary Care Nursing") OR (title:(primary NEAR/4 (care OR healthcare OR prevention)) OR abstract:(primary NEAR/4 (care OR healthcare OR prevention))) OR (title:((general OR family) NEAR/2 (practice* OR practitioner* OR physician* OR doctor*)) OR abstract:((general OR family) NEAR/2 (practice* OR practitioner* OR physician* OR doctor*))) OR (title:(routine NEAR/2 (visit* OR (health care) OR healthcare)) OR abstract:(routine NEAR/2 (visit* OR (health care) OR healthcare))) OR (title:((general medical exam*) OR (health check*) OR check-up*) OR abstract:((general medical exam*) OR (health check*) OR check-up*)) OR subject:"Nurse practitioners" OR (title:(nurse practitioner*) OR abstract:(nurse practitioner*)) OR subject:"Physician assistants" OR (title:((physician* assistant*) OR (doctor* assistant*) OR (physician* extender*) OR feldsher*) OR abstract:((physician* assistant*) OR (doctor* assistant*) OR (physician* extender*) OR feldsher*))	
23	subject:"community health nursing" OR subject:"community health services" OR subject:"community health centers"	0
24	subject:"ambulatory care"	0
25	(title:((ambulatory OR walk-in OR neighbourhood OR neighborhood OR community) NEAR/2 (clinic* OR (care centre*) OR (care center*) OR (health* centre*) OR (health* center*))) OR abstract:((ambulatory OR walk-in OR neighbourhood OR neighborhood OR community) NEAR/2 (clinic* OR (care centre*) OR (care center*) OR (health* centre*) OR (health* center*))))	468
26	(title:(medical setting*) OR title:(healthcare setting*) OR abstract:(medical setting*) OR abstract:(healthcare setting*))	267
27	or/23-26	**713**

	OPEN GREY	
No.	**Search terms**	**Results**
	subject:"community health nursing" OR subject:"community health services" OR subject:"community health centers" OR subject:"ambulatory care" OR (title:((ambulatory OR walk-in OR neighbourhood OR neighborhood OR community) NEAR/2 (clinic* OR (care centre*) OR (care center*) OR (health* centre*) OR (health* center*))) OR abstract:((ambulatory OR walk-in OR neighbourhood OR neighborhood OR community) NEAR/2 (clinic* OR (care centre*) OR (care center*) OR (health* centre*) OR (health* center*)))) OR (title:(medical setting*) OR title:(healthcare setting*) OR abstract:(medical setting*) OR abstract:(healthcare setting*))	
28	subject:"Practice guidelines as topic" OR subject:"Guidelines as topic" OR subject:"Clinical protocols" OR subject:"critical pathways" OR subject:"Guideline adherence"	0
29	(title:(guideline NEAR/3 (adher* OR follow* OR implement* OR application* OR concord* OR using OR introduc* OR treatment* OR screening OR diagnos* OR intervention* OR reminder*)) OR abstract:(guideline NEAR/3 (adher* OR follow* OR implement* OR application* OR concord* OR using OR introduc* OR treatment* OR screening OR diagnos* OR intervention* OR reminder*)))	36
30	(title:(program* NEAR/3 (adher* OR implement* OR application* OR concord* OR introduc* OR treatment* OR screening OR diagnos*)) OR abstract:(program$ NEAR/3 (adher* OR implement* OR application* OR concord* OR introduc* OR treatment* OR screening OR diagnos*)))	558
31	(title:(protocol* NEAR/2 (clinical OR treatment OR diagnos* OR screen*)) OR abstract:(protocol* NEAR/2 (clinical OR treatment OR diagnos* OR screen*)))	111
32	(ti:((clinical OR treatment) NEAR/2 algorithm*) OR abstract:((clinical OR treatment) NEAR/2 algorithm*))	6
33	subject:"Consensus Development Conferences as Topic" OR subject:"Consensus Development Conferences, NIH as Topic"	0
34	(title:((guideline* OR protocol$) NEAR/10 ((physician led) OR nurse-led OR (nurse led))) OR abstract:((guideline* OR protocol*) NEAR/10AND ((physician led) OR nurse-led OR (nurse led))))	3
35	(title:((guideline* OR protocol*) NEAR/10 (physician* OR nurse OR nurses OR doctor*) NEAR/3 (education* OR training OR teaching OR learning OR uptake OR implement* OR adher* OR follow*)) OR abstract:((guideline* OR protocol*) NEAR/10 (physician* OR nurse OR nurses OR doctor*) NEAR/3 AND (education* OR training OR teaching OR learning OR uptake OR implement* OR adher* OR follow*)))	3
36	or/28-35	**713**

	OPEN GREY	
No.	**Search terms**	**Results**
	subject:"Practice guidelines as topic" OR subject:"Guidelines as topic" OR subject:"Clinical protocols" OR subject:"critical pathways" OR subject:"Guideline adherence" OR (title:(guideline NEAR/3 (adher* OR follow* OR implement* OR application* OR concord* OR using OR introduc* OR treatment* OR screening OR diagnos* OR intervention* OR reminder*)) OR abstract:(guideline NEAR/3 (adher* OR follow* OR implement* OR application* OR concord* OR using OR introduc* OR treatment* OR screening OR diagnos* OR intervention* OR reminder*))) OR (title:(program* NEAR/3 (adher* OR implement* OR application* OR concord* OR introduc* OR treatment* OR screening OR diagnos*)) OR abstract:(program$ NEAR/3 (adher* OR implement* OR application* OR concord* OR introduc* OR treatment* OR screening OR diagnos*))) OR (title:(protocol* NEAR/2 (clinical OR treatment OR diagnos* OR screen*)) OR abstract:(protocol* NEAR/2 (clinical OR treatment OR diagnos* OR screen*))) OR (ti:((clinical OR treatment) NEAR/2 algorithm*) OR abstract:((clinical OR treatment) NEAR/2 algorithm*)) OR subject:"Consensus Development Conferences as Topic" OR subject:"Consensus Development Conferences, NIH as Topic" OR (title:((guideline* OR protocol$) NEAR/10 ((physician led) OR nurse-led OR (nurse led))) OR abstract:((guideline* OR protocol*) NEAR/10AND ((physician led) OR nurse-led OR (nurse led)))) OR (title:((guideline* OR protocol*) NEAR/10 (physician* OR nurse OR nurses OR doctor*) NEAR/3 (education* OR training OR teaching OR learning OR uptake OR implement* OR adher* OR follow*)) OR abstract:((guideline* OR protocol*) NEAR/10 (physician* OR nurse OR nurses OR doctor*) NEAR/3 AND (education* OR training OR teaching OR learning OR uptake OR implement* OR adher* OR follow*)))	
37	11 AND 22	56
38	11 AND 27	11
39	11 AND 36	2
40	(type:"randomized controlled trial" OR type:"controlled clinical trial") OR abstract:randomized OR abstract:placebo OR subject:"Clinical trials as topic" OR abstract:randomly OR title:trial)	1842
41	(subject:animal NOT (subject:animal AND subject:human))	7286
42	(type:"randomized controlled trial" OR type:"controlled clinical trial") OR abstract:randomized OR abstract:placebo OR subject:"Clinical trials as topic" OR abstract:randomly OR title:trial) NOT (subject:animal NOT (subject:animal AND subject:human))	1835
43	subject:(Controlled clinical trial) OR subject:(multicenter study)	0
44	(title:cluster OR abstract:cluster)	2322
45	(title:random* OR abstract:random*)	5856
46	subject:(Controlled clinical trial) OR subject:(multicenter study) OR (title:cluster OR abstract:cluster) OR (title:random* OR abstract:random*)	8050
47	42 OR 46	8763

	OPEN GREY	
No.	**Search terms**	**Results**
	((type:"randomized controlled trial" OR type:"controlled clinical trial") OR abstract:randomized OR abstract:placebo OR subject:"Clinical trials as topic" OR abstract:randomly OR title:trial) NOT (subject:animal NOT (subject:animal AND subject:human))) OR (subject:(Controlled clinical trial) OR subject:(multicenter study) OR (title:cluster OR abstract:cluster) OR (title:random* OR abstract:random*))	
48	or/37-39	64

Anexo 11. Estrategias de búsqueda bibliográfica LILACS

LILACS		
No.	**Search terms**	**Results**
1	mh:(”alcohol drinking”)	1131
2	mh:("alcoholism")	2684
3	mh:("alcoholic intoxication")	111
4	ti:(alcohol$ OR drinking OR consumo)	6767
5	ab:(alcoholic$ OR alcoholism)	2501
6	ab:(alcohol AND (abus$ OR addiction$ OR adiccion$ OR binge$ OR borrachera OR consumption OR consumo OR dependen$ OR exces$ OR intervention$ OR intervencion$ OR misus$ OR (mal uso) OR overuse$ OR (uso excesivo) OR problem$ OR unhealthy OR (poco saludable$)))	3690
7	((ti:(drinker OR drinking OR bebedor)) AND (ti:(alcohol$ OR "at risk" OR "de riesgo" OR harmful OR perjudicial OR hazard$ OR peligros$ OR "high risk" OR "riesgo elevado" OR binge$ OR problem OR exces$))) OR ((ab:(drinker OR drinking OR bebedor)) AND (ab:(alcohol$ OR "at risk" OR "de riesgo" OR harmful OR perjudicial OR hazard$ OR peligros$ OR "high risk" OR "riesgo elevado" OR binge$ OR problem OR exces$)))	545
8	(ab:(alcohol OR alcoholism OR alcoholic$)) AND (ab:(diagnosis OR diagnosing OR diagnostic$ OR prevention OR prevencion OR preventiv$ OR preventativ$ OR preventive$ OR screening OR cribado))	2193
9	(mh:alcohol$ OR ti:alcohol$) AND mh:"drinking behavior"	4
10	(mh:"Substance related disorders" OR mh:"substance abuse detection") AND ab:alcohol$	23
11	or/1-10 [Alcoholism]	11423
12	mh:"Primary health care"	6305
13	mh:("General practice" OR "Family practice" OR "General practitioners" OR "Physicians, Family" OR "Physicians, Primary Care" OR "General practice, Dental" OR "Primary Care Nursing")	1446
14	(ti:(primary care OR primary healthcare OR primary prevention OR atencion primaria OR prevencion primaria)) OR (ab:(primary care OR primary healthcare OR primary prevention OR atencion primaria OR prevencion primaria))	7495
15	(ab:((family practice$) OR (general practice$) OR (general practitioner$) OR (family practitioner$) OR (family physician$) OR (general physician$) OR (general doctor$) (family doctor$) OR (medic$ general) OR (medicina familiar) OR (medico de familia))) OR (ti:((family practice$) OR (general practice$) OR (general practitioner$) OR (family practitioner$) OR (family physician$) OR (general physician$) OR (general doctor$) (family doctor$) OR (medic$ general) OR (medicina familiar) OR (medico de familia)))	13793
16	(ti:((routine AND (visit$ OR (health care) OR healthcare)) OR (visita rutinaria) OR (atencion medica rutinaria))) OR (ab:((routine AND (visit$ OR (health care) OR healthcare)) OR (visita rutinaria) OR (atencion medica rutinaria)))	537
17	(ti:((general medical exam$) OR (control$ de salud) OR (health check$) OR check-up$ OR chequeo)) OR (ab:((general medical exam$) OR (control$ de salud) OR (health check$) OR check-up$ OR chequeo))	8055
18	mh:"Nurse practitioners"	6
19	(ti:((nurse practitioner$) OR enfermer$)) OR (ab:((nurse practitioner$) OR enfermer$))	13409
20	mh:"Physician assistants"	28
21	(ti:((physician$ assistant$) OR (doctor$ assistant$) OR (medico auxiliar) OR (physician$ extender$) OR feldsher$)) OR (ab:((physician$ assistant$) OR (doctor$ assistant$) OR (medico auxiliar) OR (physician$ extender$) OR feldsher$))	352
22	or 12-21 [Primary care/Nurse practitioner]	43389
23	mh:"community health nursing" OR mh:"community health services" OR mh:"community health centers"	1535

LILACS		
No.	**Search terms**	**Results**
24	mh:"ambulatory care"	1249
25	(ti:((ambulatory OR ambulatorio OR walk-in OR neighbourhood OR barrio OR neighborhood OR community OR comunidad) AND (clinic$ OR (care centre$) OR (care center$) OR (health$ centre$) OR (health$ center$) OR (centro medico)))) OR (ab:((ambulatory OR ambulatorio OR walk-in OR neighbourhood OR barrio OR neighborhood OR community OR comunidad) AND (clinic$ OR (care centre$) OR (care center$) OR (health$ centre$) OR (health$ center$) OR (centro medico))))	5681
26	(ti:((medical setting$) OR (healthcare setting$ OR centro$ de salud))) OR (ab:((medical setting$) OR (healthcare setting$ OR centro$ de salud)))	2526
27	or/23-26 [Community or other medical settings wich may be frontline]	10599
28	mh:"Practice guidelines as topic" OR mh:"Guidelines as topic" OR mh:"Clinical protocols" OR mh:"critical pathways" OR mh:"Guideline adherence"	2671
29	(ti:((guideline OR guia OR protocolo) AND (adher$ OR follow$ OR implement$ OR application$ OR aplicacion$ OR concord$ OR acuerdo$ OR using OR uso OR introduc$ OR treatment$ OR tratamiento$ OR screening OR cribado OR diagnos$ OR intervention$ OR intervencion$ OR reminder$ OR recordatorio$))) OR (ab:((guideline$ OR guia$ OR protocolo$) AND (adher$ OR follow$ OR implement$ OR application$ OR aplicacion$ OR concord$ OR acuerdo$ OR using OR uso OR introduc$ OR treatment$ OR tratamiento$ OR screening OR cribado OR diagnos$ OR intervention$ OR intervencion$ OR reminder$ OR recordatorio$)))	15499
30	(ti:(program$ AND (adher$ OR implement$ OR application$ OR aplicacion$ OR concord$ OR acuerdo$ OR introduc$ OR treatment$ OR tratamiento$ OR screening OR cribado OR diagnos$))) OR (ab:(program$ AND (adher$ OR implement$ OR application$ OR aplicacion$ OR concord$ OR acuerdo$ OR introduc$ OR treatment$ OR tratamiento$ OR screening OR cribado OR diagnos$)))	18680
31	(ti:(protocol? AND (clinic$ OR treatment OR tratamiento$ OR diagnos$ OR screen$ OR criba$))) OR (ab:(protocol? AND (clinic$ OR treatment OR tratamiento$ OR diagnos$ OR screen$ OR criba$)))	6233
32	(ti:((clinic$ OR treatment OR tratamiento$) AND (algorithm$ OR algoritmo$))) OR (ab:((clinic$ OR treatment OR tratamiento$) AND (algorithm$ OR algoritmo$)))	732
33	mh:"Consensus Development Conferences as Topic" OR mh:"Consensus Development Conferences, NIH as Topic"	188
34	(ti:((guideline$ OR protocol$ OR guia$) AND ((physician led) OR nurse-led OR (nurse led)))) OR (ab:((guideline$ OR protocol$ OR guia$) AND ((physician led) OR nurse-led OR (nurse led))))	6
35	(ti:((guideline$ OR protocol$ OR guia$) AND (physician$ OR nurse OR nurses OR doctor$ OR medico$ OR enfermer$) AND (education$ OR educacion OR training OR entrenamiento OR teaching OR formacion OR learning OR aprendizaje OR uptake OR ingesta OR implement$ OR adher$ OR follow$))) OR (ab:((guideline$ OR protocol$ OR guia$) AND (physician$ OR nurse OR nurses OR doctor$ OR medico$ OR enfermer$) AND (education$ OR educacion OR training OR entrenamiento OR teaching OR formacion OR learning OR aprendizaje OR uptake OR ingesta OR implement$ OR adher$ OR follow$)))	1298
36	or/28-35 [GL implementation, adher/Consensus Conferences, etc.]	36619
37	11 AND 22	1085
38	(11 AND 27)	246
39	(11 AND 36)	804
40	(pt:("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial")) OR (ab:(randomized OR aleatori$ OR placebo OR randomly)) OR (mh:("Clinical trials as topic")) OR (ti:(trial OR ensayo))	22360
41	mh:animal AND NOT (mh:animal AND mh:human)	49745

LILACS		
No.	**Search terms**	**Results**
42	40 AND NOT 41	19832
43	mh:"Randomized Controlled Trials as Topic" OR mh:"Multicenter Studies as Topic"	1000
44	(ti:(cluster OR conglomerado)) OR (ab:(cluster OR conglomerado))	1559
45	(ti:(random$ OR aleatorio$)) OR (ab:(random$ OR aleatorio$))	16565
46	or/43-45 (mh:"Randomized Controlled Trials as Topic" OR mh:"Multicenter Studies as Topic") OR ((ti:(cluster OR conglomerado)) OR (ab:(cluster OR conglomerado))) OR ((ti:(random$ OR aleatorio$)) OR (ab:(random$ OR aleatorio$)))	18568
47	42 OR 46:	26258
48	37 OR 38 OR 39 = 11 AND (22 OR 27 OR 36)	1885
49	47 AND 48	141

Anexo 12. Estrategias de búsqueda bibliográfica IBECS

	IBECS	
No.	**Search terms**	**Results**
1	mh:”alcohol drinking”	487
2	mh:"alcoholism"	754
3	mh:"alcoholic intoxication"	70
4	ti:(alcohol$ OR drinking OR consumo)	1942
5	ab:(alcoholic$ OR alcoholism)	710
6	ab:(alcohol AND (abus$ OR addiction$ OR adiccion$ OR binge$ OR borrachera OR consumption OR consumo OR dependen$ OR exces$ OR intervention$ OR intervencion$ OR misus$ OR (mal uso) OR overuse$ OR (uso excesivo) OR problem$ OR unhealthy OR (poco saludable$)))	1492
7	((ti:(drinker OR drinking OR bebedor)) AND (ti:(alcohol$ OR "at risk" OR "de riesgo" OR harmful OR perjudicial OR hazard$ OR peligros$ OR "high risk" OR "riesgo elevado" OR binge$ OR problem OR exces$))) OR ((ab:(drinker OR drinking OR bebedor)) AND (ab:(alcohol$ OR "at risk" OR "de riesgo" OR harmful OR perjudicial OR hazard$ OR peligros$ OR "high risk" OR "riesgo elevado" OR binge$ OR problem OR exces$)))	222
8	(ab:(alcohol OR alcoholism OR alcoholic$)) AND (ab:(diagnosis OR diagnosing OR diagnostic$ OR prevention OR prevencion OR preventiv$ OR preventativ$ OR preventive$ OR screening OR cribado))	835
9	(mh:alcohol$ OR ti:alcohol$) AND mh:"drinking behavior"	1
10	(mh:"Substance related disorders" OR mh:"substance abuse detection") AND ab:alcohol$	46
11	**or/1-10 [Alcoholism]**	**3314**
12	mh:"Primary health care"	4822
13	mh:("General practice" OR "Family practice" OR "General practitioners" OR "Physicians, Family" OR "Physicians, Primary Care" OR "General practice, Dental" OR "Primary Care Nursing")	924
14	(ti:(primary care OR primary healthcare OR primary prevention OR atencion primaria OR prevencion primaria)) OR (ab:(primary care OR primary healthcare OR primary prevention OR atencion primaria OR prevencion primaria))	5573
15	(ab:((family practice$) OR (general practice$) OR (general practitioner$) OR (family practitioner$) OR (family physician$) OR (general physician$) OR (general doctor$) (family doctor$) OR (medic$ general) OR (medicina familiar) OR (medico de familia))) OR (ti:((family practice$) OR (general practice$) OR (general practitioner$) OR (family practitioner$) OR (family physician$) OR (general physician$) OR (general doctor$) OR (family doctor$) OR (medic$ general) OR (medicina familiar) OR (medico de familia)))	4371
16	(ti:((routine AND (visit$ OR (health care) OR healthcare)) OR (visita rutinaria) OR (atencion medica rutinaria))) OR (ab:((routine AND (visit$ OR (health care) OR healthcare)) OR (visita rutinaria) OR (atencion medica rutinaria)))	163
17	(ti:((general medical exam$) OR (control$ de salud) OR (health check$) OR check-up$ OR chequeo)) OR (ab:((general medical exam$) OR (control$ de salud) OR (health check$) OR check-up$ OR chequeo))	2295

	IBECS	
No.	**Search terms**	**Results**
18	mh:"Nurse practitioners"	1
19	(ti:((nurse practitioner$) OR enfermer$)) OR (ab:((nurse practitioner$) OR enfermer$))	4622
20	mh:"Physician assistants"	12
21	(ti:((physician$ assistant$) OR (doctor$ assistant$) OR (medico auxiliar) OR (physician$ extender$) OR feldsher$)) OR (ab:((physician$ assistant$) OR (doctor$ assistant$) OR (medico auxiliar) OR (physician$ extender$) OR feldsher$))	65
22	or 12-21 [Primary care/Nurse practitioner]	16636
23	mh:"community health nursing" OR mh:"community health services" OR mh:"community health centers"	275
24	mh:"ambulatory care"	507
25	(ti:((ambulatory OR ambulatorio OR walk-in OR neighbourhood OR barrio OR neighborhood OR community OR comunidad) AND (clinic$ OR (care centre$) OR (care center$) OR (health$ centre$) OR (health$ center$) OR (centro medico)))) OR (ab:((ambulatory OR ambulatorio OR walk-in OR neighbourhood OR barrio OR neighborhood OR community OR comunidad) AND (clinic$ OR (care centre$) OR (care center$) OR (health$ centre$) OR (health$ center$) OR (centro medico))))	1980
26	(ti:((medical setting$) OR (healthcare setting$ OR centro$ de salud))) OR (ab:((medical setting$) OR (healthcare setting$ OR centro$ de salud)))	1349
27	or/23-26 [Community or other medical settings wich may be frontline]	3872
28	mh:"Practice guidelines as topic" OR mh:"Guidelines as topic" OR mh:"Clinical protocols" OR mh:"critical pathways" OR mh:"Guideline adherence"	1890
29	(ti:((guideline OR guia OR protocolo) AND (adher$ OR follow$ OR implement$ OR application$ OR aplicacion$ OR concord$ OR acuerdo$ OR using OR uso OR introduc$ OR treatment$ OR tratamiento$ OR screening OR cribado OR diagnos$ OR intervention$ OR intervencion$ OR reminder$ OR recordatorio$))) OR (ab:((guideline$ OR guia$ OR protocolo$) AND (adher$ OR follow$ OR implement$ OR application$ OR aplicacion$ OR concord$ OR acuerdo$ OR using OR uso OR introduc$ OR treatment$ OR tratamiento$ OR screening OR cribado OR diagnos$ OR intervention$ OR intervencion$ OR reminder$ OR recordatorio$)))	6867
30	(ti:(program$ AND (adher$ OR implement$ OR application$ OR aplicacion$ OR concord$ OR acuerdo$ OR introduc$ OR treatment$ OR tratamiento$ OR screening OR cribado OR diagnos$))) OR (ab:(program$ AND (adher$ OR implement$ OR application$ OR aplicacion$ OR concord$ OR acuerdo$ OR introduc$ OR treatment$ OR tratamiento$ OR screening OR cribado OR diagnos$)))	5994
31	(ti:(protocol? AND (clinic$ OR treatment OR tratamiento$ OR diagnos$ OR screen$ OR criba$))) OR (ab:(protocol? AND (clinic$ OR treatment OR tratamiento$ OR diagnos$ OR screen$ OR criba$)))	2618
32	(ti:((clinic$ OR treatment OR tratamiento$) AND (algorithm$ OR algoritmo$))) OR (ab:((clinic$ OR treatment OR tratamiento$) AND (algorithm$ OR algoritmo$)))	462
33	mh:"Consensus Development Conferences as Topic" OR mh:"Consensus Development Conferences, NIH as Topic"	126

	IBECS	
No.	**Search terms**	**Results**
34	(ti:((guideline$ OR protocol$ OR guia$) AND ((physician led) OR nurse-led OR (nurse led)))) OR (ab:((guideline$ OR protocol$ OR guia$) AND ((physician led) OR nurse-led OR (nurse led))))	4
35	(ti:((guideline$ OR protocol$ OR guia$) AND (physician$ OR nurse OR nurses OR doctor$ OR medico$ OR enfermer$) AND (education$ OR educacion OR training OR entrenamiento OR teaching OR formacion OR learning OR aprendizaje OR uptake OR ingesta OR implement$ OR adher$ OR follow$))) OR (ab:((guideline$ OR protocol$ OR guia$) AND (physician$ OR nurse OR nurses OR doctor$ OR medico$ OR enfermer$) AND (education$ OR educacion OR training OR entrenamiento OR teaching OR formacion OR learning OR aprendizaje OR uptake OR ingesta OR implement$ OR adher$ OR follow$)))	721
36	or/28-35 [GL implementation, adher/Consensus Conferences, etc.]	13840
37	11 AND 22	487
38	(11 AND 27)	136
39	(11 AND 36)	382
40	(pt:("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial")) OR (ab:(randomized OR aleatori$ OR placebo OR randomly)) OR (mh:("Clinical trials as topic")) OR (ti:(trial OR ensayo))	6169
41	mh:animal AND NOT (mh:animal AND mh:human)	3572
42	40 AND NOT 41	5911
43	mh:"Randomized Controlled Trials as Topic" OR mh:"Multicenter Studies as Topic"	592
44	(ti:(cluster OR conglomerado)) OR (ab:(cluster OR conglomerado))	392
45	(ti:(random$ OR aleatorio$)) OR (ab:(random$ OR aleatorio$))	4234
46	or/43-45	5012
	(mh:"Randomized Controlled Trials as Topic" OR mh:"Multicenter Studies as Topic") OR ((ti:(cluster OR conglomerado)) OR (ab:(cluster OR conglomerado))) OR ((ti:(random$ OR aleatorio$)) OR (ab:(random$ OR aleatorio$)))	
47	42 OR 46:	7125
48	37 OR 38 OR 39 = 11 AND (22 OR 27 OR 36)	846
49	47 AND 48	90

Anexo 13. Estrategias de búsqueda bibliográfica Cochrane Drugs an Alcohol Group

CDAG		
No.	**Search terms**	**Results**
1	((alcohol* near2 (drink* or intoxicat* or use* or abus* or misus* or risk* or consum* or withdraw* or detox* or treat* or therap* or excess* or reduc* or cessation or intervention*)):ti,ab,ky)	
2	((drink* near2 (excess or heavy or heavily or harm or harmful or hazard* or binge or harmful or problem*)):ti,ab,ky)	
3	(alcohol*:xdi, xin)	
4	#1 OR #2 OR #3	
5	((primary near4 (care or healthcare or prevention)))	
6	(((general or family) near2 (practice* or practitioner* or physician* or doctor*)))	
7	((routine near2 (visit* or health care or healthcare)))	
8	((general medical exam* or health check* or check-up*):ti,ab)	
9	((family practice* OR family doctor* OR general practitioner* OR general practice OR physician* OR nurse*):ti,ab,ky)	
10	(((ambulatory or walk-in or community) near2 (clinic* or care centre or care centres or care center* or health* centre or health* centres or health* center*)):ti,ab)	
11	(((medical or healthcare) near2 setting*):ti,ab)	
12	((community near2 (nursing or services or centers)))	
13	#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12	
14	(#4 AND #13)	
15	((program* or programme or programmes) near3 (adher* or implement* or application* or concord* or introduc* or treatment* or screening or diagnos*))	
16	((physician* or nurse or nurses or doctor*) near3 (education* or training or teaching or learning or uptake or implement* or adher* or follow*))	
17	guideline*	
18	#15 OR #16 OR #17	
19	#14 AND #18	**90**

Anexo 14. Estrategias de búsqueda bibliográfica Centre for Reviews and Dissemination databases

	CRD databases - Dare, HTA, NHS-EED	
No.	**Search terms**	**Results**
1	(alcohol drinking):MH	126
2	alcoholism:MH	143
3	(alcoholic intoxication):MH	16
4	(alcohol* or drinking):TI	340
5	(alcoholic* or alcoholism)	320
6	(alcohol NEAR3 (abus* or addiction* or binge* or consumption or dependen* or excess* or intervention* or misus* or overuse or problem* or unhealthy or use))	457
7	((drinker* or drinking) NEAR3 (alcohol* or at risk or harmful or hazard* or high risk or binge* or problem or excess*)):TI OR ((drinker* or drinking) NEAR3 (alcohol* or at risk or harmful or hazard* or high risk or binge* or problem or excess*))	73
8	((alcohol or alcoholism or alcoholic*) NEAR3 (diagnosis or diagnosing or prevention or preventiv* or preventativ* or screening))	114
9	(Drinking behavior):MH and (alcohol*:TI OR alcohol*:MH)	2
10	((substance related disorders):MH or (substance abuse detection):MH) and alcohol*	104
11	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10	691
12	(Primary Health Care):MH	492
13	(General Practice):MH or (Family practice):MH or (General Practitioners):MH or (Physicians, Family):MH or (Physicians, Primary Care):MH or (General Practice, Dental):MH or (Primary Care Nursing):MH	152
14	(primary NEAR4 (care or healthcare or prevention)):TI OR (primary NEAR4 (care or healthcare or prevention))	1984
15	((general or family) NEAR2 (practice* or practitioner* or physician* or doctor*)):TI OR ((general or family) NEAR2 (practice* or practitioner* or physician* or doctor*))	756
16	(routine NEAR2 (visit* or health care or healthcare)):TI OR (routine NEAR2 (visit* or health care or healthcare))	27
17	(general medical exam* or health check* or check-up*):TI OR (general medical exam* or health check* or check-up*)	28
18	(Nurse practitioners):MH	27
19	(Nurse practitioner*):TI OR (Nurse practitioner*)	95
20	(Physician assistants):MH	6
21	(physician* assistant* or doctor* assistant* or physician* extender* or feldsher*):TI OR (physician* assistant* or doctor* assistant* or physician* extender* or feldsher*)	18
22	#12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21	2516
23	(community health nursing):MH or (community health services):MH or (community health centers):MH	179
24	(Ambulatory Care):MH	196
25	((ambulatory or walk-in or neighborhood or neighbourhood OR community) NEAR2 (clinic* or care centre or care centres or care center* or health* centre or health* centres or health* center*)):TI OR	109

	CRD databases - Dare, HTA, NHS-EED	
No.	**Search terms**	**Results**
26	((ambulatory or walk-in or neighborhood or neighbourhood OR community) NEAR2 (clinic* or care centre or care centres or care center* or health* centre or health* centres or health* center*)) (medical setting* or healthcare setting*):TI OR (medical setting* or healthcare setting*)	136
27	or/23-26	586
28	(Practice Guidelines as Topic):MH or (Guidelines as Topic):MH or (Clinical Protocols):MH or (Critical Pathways):MH or (Guideline Adherence):MH	767
29	(guideline* NEAR3 (adher* or FOLLOW* or implement* or application* or concord* or using or introduc* or treatment* or screening or diagnos* or intervention* or reminder*)):TI OR (guideline* NEAR3 (adher* or FOLLOW* or implement* or application* or concord* or using or introduc* or treatment* or screening or diagnos* or intervention* or reminder*))	433
30	(program* NEAR3 (adher* or implement* or application* or concord* or introduc* or treatment* Or screening or diagnos*)):TI OR (program* NEAR3 (adher* or implement* or application* or concord* or introduc* or treatment* Or screening or diagnos*))	249
31	(protocol* NEAR2 (clinical or treatment or diagnos* or screen*)):TI OR (protocol* NEAR2 (clinical or treatment or diagnos* or screen*))	86
32	((clinical or treatment) NEAR2 algorithm*):TI OR ((clinical or treatment) NEAR2 algorithm*)	35
33	MeSH DESCRIPTOR Consensus Development Conferences as Topic EXPLODE ALL TREES	7
34	((guideline* or protocol*) NEAR10 (physician led or nurse-led)):TI OR ((guideline* or protocol*) NEAR10 (physician led or nurse-led))	2
35	((GUIDELINE* or PROTOCOL*) NEAR10 ((physician* or nurse or nurses or doctor*) NEAR3 (EDUCATION* or training or teaching or learning or uptake or implement* or adher* or follow*))):TI OR ((GUIDELINE* or PROTOCOL*) NEAR10 ((physician* or nurse or nurses or doctor*) NEAR3 (EDUCATION* or training or teaching or learning or uptake or implement* or adher* or follow*)))	1
36	or/28-35	1414
37	11 AND 22	81
38	(11 and 27) not 37	16
39	((#11 and #36) not (#37 or #38))	22
40	or/37-39	**119**

Anexo 15. Formulario de elegibilidad de Texto Completo

Criterios de Elegibilidad	**/**YES/ /NO/ /UNCLEAR/ /NA/	**Localización en texto**
Q1.1: Intervención: ¿Se evalúan los efectos de cualquier estrategia para Implementar /diseminar guías o recomendaciones?		
Comentarios: Se considerará una definición amplia de guía o recomendación: "systematically developed statements to assist practitioner decisions about appropriate health care for specific clinical circumstances" (IOM 1992). No se requiere que el término "guía" esté explícitamente mencionado en el texto.		
Q1.2: Intervención: Guías o recomendaciones sobre consumo excesivo de alcohol?		
Comentarios: Se admitirán tanto las intervenciones específicamente dirigidas al 'hazardous' or 'harmful' drinking, como aquellas dirigidas a este problema pero que formen parte de estrategias más amplias de prevención o promoción de la salud. No se exigirá una definición concreta de 'hazardous' o 'harmful' drinking. No se admitirán aquellas guías únicamente dirigidas a la dependencia de alcohol. No obstante, señalar TES en aquellos estudios que consideren sólo guías dirigidas a la dependencia de alcohol y que cumplan el resto de criterios.		
Q1.3: Intervención: Consumo excesivo en pacientes atendidos en el ámbito de la Atención Primaria?		
Q2: Participantes: ¿La estrategia se dirige a profesionales que trabajan en AP?		
Comentarios: Más del 50% de los participantes (profesionales a los que se dirige la intervención) deben estar constituidos por profesionales que trabajan en la Atención Primaria. Se admitirá cualquier definición de "Atención Primaria". Por "profesional que trabaje en la Atención Primaria" se entiende cualquier tipo de profesional, por ejemplo, personal facultativo, de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales, administrativos, etc. La combinación de dos o más estrategias también será considerada como intervención válida		
Q3: Variables de resultado: ¿El estudio considera al menos una de las variables de resultado primarias de la revisión?		
A) Resultados del proceso de atención Consideraremos medidas objetivas del cumplimiento de los proveedores con guías o recomendaciones **A) Resultados del proceso de atención** Consideraremos medidas objetivas del cumplimiento de los proveedores con guías o recomendaciones para consumo peligroso o nocivo (por ejemplo, cribado, medición de la ingesta de alcohol, asesoramiento, o hacer un seguimiento y derivación). Los resultados del proceso de atención se presentarán como: • Datos dicotómicos (ej: El porcentaje de pacientes cuyo en los que se cumplen las recomendaciones, o el porcentaje de pacientes cuyo consumo fue evaluado); o • Datos contínuos, es decir, cualquier medida continua sobre como distribuían la atención los proveedores (ej: número de pacientes derivados a un especialista durante tres meses, o el tiempo para detectar un consumidor peligroso). No consideraremos aptos los estudios que solo midan la satisfacción o el conocimiento de los		

Criterios de Elegibilidad	**/**YES/ /NO/ /UNCLEAR/ /NA/	**Localización en texto**
profesionales, ni los estudios que solamente utilicen datos sobre el comportamiento de los profesionales reportados por ellos mismos, por ejemplo, "¿Sueles cribar el consumo peligroso de alcohol durante las consultas? **B) Resultados en pacientes:** Consideraremos las siguientes medidas de cantidad, frecuencia e intensidad del consumo. • Datos contínuos: ◦ Datos sobre la cantidad de consumo, media de consumo de alcohol por periodo de tiempo específicado (gramos/ semana) reportados por ellos mismos o por otros; ◦ Datos sobre la frecuencia de la ingesta, número de sesiones de consumo por semana reportadas por ellos mismos o por otros ; ◦ Datos sobre la intensidad, el número de bebidas por día de consumo (gramos/ día de consumo); ◦ Medidas fisiológicas de consumo de alcohol, ej: gamma-glutamil transpeptidasa (GGT), o volumen corpuscular medio (VCM). • Datos dicotómicos: ◦ Proporción de los participantes registrados como consumidores de riesgo (alguien que excede regularmente el límite recomendado para el consumo de alcohol). Aceptaremos cualquier definición admitida por los autores del estudio; y ◦ Proporción de participantes registrados como "binge drinkers" (alguien que bebe mucho en un corto periodo de tiempo para emborracharse o sentir los efectos del alcohol). Admitiremos cualquier definición admitida por los autores del estudio.		
Q4.1: Diseño: ¿Estudio primario?		
Ejemplos: NO:.- Literatura de síntesis:; .- Estudio basado únicamente en modelizaciones, modelos estocásticos, etc..- Otros UNCLEAR: La información disponible no es suficiente o clara Estudios de evaluación económica, cartas al director, editoriales, comentarios, entrevistas etc.: se definirán como UNCLEAR si no es posible saber si se refieren a un estudio primario de efectividad elegible para la revisión		
Q4.2: Es un ECA?		
ECA: estudio experimental en el cual los participantes (o grupos de participantes en un ECA-cluster) son asignados a diferentes intervenciones uitlizando métodos que aseguren una asignación aleatoria (Norwegian Satellite EPOC Group).		
Q4.3: Si es un ECA-Cluster debe tener al menos 2 grupos por Rama		
Q4.4: Medición objetiva de actuación o comportamiento de los proveedores en la salud o resultados del paciente en una situación clínica. Se excluyen los estudios basado en modelizaciones teóricas y los basados en simulaciones (por ejemplo, con pacientes simulados)		
DECISION FINAL		