

Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Intervención Breve para Reducir el Consumo de Alcohol

*primero
la gente*

Programa Nacional de
Prevención y Lucha
contra el Consumo
Excesivo de Alcohol

Dirección Nacional de
Abordaje Integral de
Enfermedades No
Transmisibles



Ministerio de Salud
Argentina

Presidente de la Nación
Dr. Alberto Ángel Fernández

Ministra de Salud de la Nación
Dra. Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud
Dra. Sandra Marcela Tirado

Secretario de Calidad en Salud
Dr. Alejandro Federico Collia

Subsecretario de Estrategias Sanitarias
Dr. Juan Manuel Castelli

Subsecretaria de Gestión de Servicios e Institutos
Lic. Edith Susana Benedetti

Subsecretario de Calidad, Regulación y Fiscalización
Dr. Claudio Antonio Ortiz

Director Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades
No Transmisibles
Dr. Nicolas Ivan Haeberer

Directora Nacional de Calidad en Servicios de Salud y
Regulación Sanitaria
Dra. María Teresita Ithurburu

Director de Mejoramiento de la Calidad y Seguridad
del Paciente
Dr. Mariano Fernández Lerena

Directora Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y
Consumos Problemáticos
Dra. Mariana Elisabeth Moreno



Elaboración de la Guía

Equipo elaborador

El equipo elaborador (EE) fue conformado por un grupo interdisciplinario del Ministerio de Salud de la Nación Argentina (MSN), integrado por profesionales de la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles (DNAIENT) y la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos (DNAISMyCP) con la participación de la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria (DNCSSyRS) en la coordinación metodológica. El EE incluyó tres perfiles profesionales: psicología, metodología de la investigación y atención primaria, representando este último a los usuarios/as de la guía.

Coordinación general

María Alejandra Alcuaz. Médica (UBA). Especialista en Medicina Familiar, MSN. Especialista en Gestión en Salud, Universidad Nacional de Lanús (UNLa). DNAIENT.

Débora Duffy. Psicóloga, Universidad de Buenos Aires (UBA). Doctora en Psicología (UBA). Magister en Salud Pública (UBA). Profesora en Psicología, Universidad del Salvador (USAL). Profesora de Salud Pública y Salud Mental, Facultad de Psicología (UBA). DNAIENT.

Coordinación Metodológica

Giselle Balaciano. Lic. en Nutrición (UBA). Magister en Efectividad Clínica (UBA). DNCSSyRS. **Brunilda Casetta.** Médica (UBA). Especialista en Medicina Familiar. Magíster en Efectividad Clínica con orientación a Investigación y Gestión (UBA). Maestría en Planificación y Evaluación de Políticas Públicas, Universidad Nacional de San Martín (UNSAM). Maestría en Educación Médica, Universidad Nacional de Tucumán e Instituto Universitario CEMIC (UNT-IUC). DNAIENT. **Clelia Chavez.** Médica Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Maestranda en Efectividad Clínica (UBA). DNCSSyRS. **Verónica Sanguine.** Médica (UBA). Especialista en Tocoginecología. Maestranda en Efectividad Clínica (UBA). DNCSSyRS.

Experticia temática

Analía Bachor. Lic. en Sociología (UBA). DNAISMyCP. **Aldana Casañas.** Prof. y Lic. en Psicología (UBA). DNAIENT. **Débora Duffy. Cristian Jacob.** Lic. en Trabajo Social (UBA). DNAIENT. **Patricia Mansi.** Lic. en Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP). Miembro de Asociación Argentina de Salud Pública. Dirección Nacional de Calidad y Regulación Sanitaria de Servicios de Salud, Ministerio

de Salud de la Nación. **Ingrid Metsch.** Lic. en Psicología (USAL). Doctorado en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Maestría de Uso Indebido de Drogas (UBA). Especialista en Políticas y Gestión en Salud Mental (UBA), Docente de "Psicología Institucional" y "Aportes del Trabajo Social a la Construcción de Salud Mental" en la Universidad Nacional de José C. Paz. (UNPAZ). DNAISMyCP.

Metodología de la investigación

Mariana Latorraca. Médica (UBA). Especialista en Medicina Familiar. Maestría en Salud Pública, Universidad Nacional de Rosario (UNR). Maestranda en Investigación Clínica, Instituto Universitario Hospital Italiano (IUHI). DNAIENT. **Bruno Rafael Boietti.** Médico (UBA). Especialista en Medicina Interna y Geriátrica (UBA), Magíster en Investigación Clínica, (IUHI). DNAIENT.

Atención Primaria

Aldana Casañas, Brunilda Casetta, María Alejandra Alcuaz, Mariana Latorraca, Marina Vidal. Médica (UBA). Especialista en Medicina Familiar. Diplomada en Telesalud, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud de México.

Colaboración

Mabel Moral. Médica (UBA). Especialista en Medicina Familiar. Especialista en Epidemiología (UNC).

Panel Interdisciplinario de consenso

Se convocó a representantes de distintas áreas del MSN y de otras instituciones gubernamentales junto a organizaciones no gubernamentales, sociedades científicas y académicas, otros líderes de opinión y representantes de pacientes.

De esta manera, se conformó un panel interdisciplinario de consenso con miembros provenientes de diversas profesiones, especialidades, sociedades científicas, instituciones y regiones del país (por orden alfabético):

Jesica Azar - Representante Agencia Nacional de Seguridad Vial. Lic. en Sociología y Mg. en Metodología de la Investigación Social. Directora de Investigación Accidentológica en el Observatorio Vial de la Agencia Nacional de Seguridad Vial.

Fabricio Castellano - Representante FUNDARTOX. Médico. Especialista universitario en Toxicología (UBA). Asesor Médico de Fundación Niños sin Tóxicos (FUNDARTOX). Docente en el Departamento de Toxicología y Farmacología, Facultad de Medicina (UBA). Maestría en Efectividad

Clínica (UBA). Médico especialista en Toxicología - Hospital General de Agudos "Juan A. Fernández" CABA.

Cristina Cipolla - Representante Dirección de Salud Perinatal y Niñez. Ministerio de Salud de la Nación. Médica pediatra (Universidad Nacional de La Plata), Especialista en Epidemiología (UNC), Magíster en Salud Pública (Universidad de Kuopio, Finlandia), Doctora en Ciencias Médicas (Universidad Nacional de La Plata).

Silvia Cortese- Representante Asociación Toxicológica Argentina (ATA). Médica Especialista en Terapia Intensiva y Toxicóloga. Magister Universitario en Prevención en Drogodependencia y Otras Conductas Adictivas. Jefa Unidad Toxicología Clínica y Consumo Problemático de Sustancias. División Toxicología Hospital Fernández. CABA. Titular Cátedra Toxicología UCA. Vicepresidenta Asociación Toxicológica Argentina.

Carlos Damin - Representante División Toxicología del Hospital Gral. de agudos "Juan A. Fernández". Médico y Doctor en Medicina, Especialista en Toxicología (UBA). Jefe de Toxicología del Hospital Fernández. Profesor de Toxicología (UBA). Director de FundarTox e integrante de la Red Científica Internacional de la Comisión de Drogas de Naciones Unidas.

Marisa G. - Representante de Alcohólicos Anónimos de Argentina.

Martín de Lellis - Representante Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Psicólogo (UBA). Especializado en Salud Pública y Salud Mental. Profesor Titular Regular de la Cátedra I de Salud Pública y Mental (UBA).

Mirtha Dell Órfano - Representante Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Médica (UNC). Especialista en Neurología (Hospital Privado de Comunidad - Mar del Plata) y Psiquiatría (Universidad Nacional del Comahue). Especialidad en Psicología Clínica y Sistemática (Università degli Studi di Turin). Master en Drogodependencia (Universitat de Barcelona). Directora Ejecutiva de la Agencia para la Prevención y Asistencia ante el Abuso de Sustancias y de las Adicciones -APASA (Gobierno Pcia. de Río Negro).

Aldo Dománico - Representante Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR). Lic en Psicología (UBA). Especialista en Prevención de Adicciones (USAL). Maestría en Sistemas de Salud (Isalud). Coordinador de Prevención Universal, Sedronar. Psicólogo Clínico en Psicoterapias. Supervisor del Programa Segunda Oportunidad (tratamiento en adicciones).

Constanza Enrico - Representante Sociedad Argentina de Hepatología (SAHE). Médica Cirujana (UNC), Especialista Gastroenterología (UNC) y Consejo Médico de Córdoba. Profesora Adjunta Facultad de Medicina Universidad Católica de Cuyo. Asesora técnica Programa Provincial Prevención de Consumo de Alcohol, ECNT, Ministerio Salud San Juan. Miembro de la Asociación Sanjuanina de

Endoscopia Digestiva.

Claudia Jaroslavky - Representante Dirección Nacional de Abordaje por Curso de Vida - Ministerio de Salud de la Nación. Médica Neuróloga (UBA). Profesora Universitaria (ISALUD). Diplomatura en Bioética (ISALUD). Magíster en Gestión de Servicios de Gerontología Universidad (ISALUD).

Teresa Laciari - Representante Dirección de Programas Sociales. Ministerio de Salud Pública de Salud de la Provincia de San Juan. Licenciada en Sociología, Universidad Nacional de San Juan. Especialista en Evaluación de Impacto de Programas Sociales (Universidad Nacional Arturo Jauretche).

Gabriel Lapman - Representante Sociedad Argentina de Medicina del Estilo de Vida (SAMEV). Especialista en Nefrología, Cardiología e Hipertensión Arterial (UBA y SaHA). Experto en Medicina de Estilo de Vida (URP).

Alejandrina Lo Sasso - Representante Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG). Médica (UBA). Especialista en Medicina Familiar. Médica de planta y Directora del área de contenidos de PROFAM (Programa de Educación Continua en Salud Familiar, Ambulatoria y Comunitaria) en el Hospital Italiano de Buenos Aires.

María Pia Majdalani Representante Sociedad de Medicina Interna General (SAMIG). Médica (UBA). Especialista en Clínica Médica. Magíster en Epidemiología Gestión y Políticas de Salud (UNLa). Jefa de la División de Medicina Interna General, Hospital de Clínicas José de San Martín (UBA).

Nelson Mansilla - Representante Fundación Argentina de Enfermería (FAE). Licenciado en Enfermería (U.N.P.S.J.B). Magíster en Drogodependencias (USAL). Docente Universitario U.N.P.S.J.B - Referente de la Federación Argentina de Enfermería y de la Asociación de Enfermería del Chubut - Comodoro Rivadavia Provincia de Chubut.

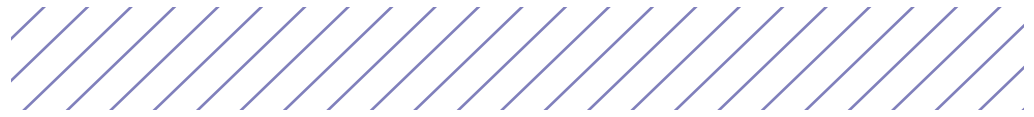
Graciela Morales - Representante Sociedad Argentina de Pediatría (SAP). Médica (UBA). Especializada en Medicina del Adolescente (Sociedad Argentina de Pediatría). Integrante del Grupo de Trabajo en Consumos Problemáticos. SAP- CABA

Alexia Natalia Nowotny - Representante Dirección de Adolescencias y Juventudes. Ministerio de Salud de la Nación. Médica (UBA). Especializada en Psiquiatría Infanto Juvenil. Especialista en Epidemiología.

Victor Orellana - Representante Federación Argentina de Medicina General (F.A.M.G.). Médico Especialista en Medicina General y Familiar. Presidente de la Federación Argentina de Medicina General (F.A.M.G.), trabajador de salud del Área Operativa Alta Montaña, de la provincia de Tucumán.

Carolina Paolucci - Representante Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta. Lic en Psicología- (UNC). Psicóloga Comunitaria - Ministerio de Salud de Salta. Posgrado en Modelo Sistemático - Escuela Sistemática Argentina y Mental Research Institute, Palo Alto, EEUU. Psicóloga Perinatal.

Marcelo Pechieu - Representante Sociedad Argentina de Medicina Rural y Urbana (SAMFUR). Médico (UBA). Especialista en Medicina Familiar y General. Docente



Asociado del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina (UBA). Vicepresidente de SAMFUR. Asesor en APS del Ministerio de Salud del GCBA.

Raquel Peltzer - Representante Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología (IPSIBAT). Doctora en Psicología. Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología (IPSIBAT). Universidad Nacional de Mar del Plata - CONICET.

Maria Elisabeth Pizarro - Representante Fundación Interamericana del Corazón Argentina (FIC). Médica (UNLP). Especialista en Neumonología (UBA). Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas Sanitarias (UNLA). Codirectora Ejecutiva de la Fundación Interamericana del Corazón Argentina.

Alejandra Sánchez Cabezas - Representante Sociedad Argentina de Medicina (SAM). Médica (UBA), Máster en Epidemiología y Políticas de Salud (UNLa). Doctora en Ciencia Política (USAL). Directora General de Surcos A.C.

Walter Sigler - Representante Dirección Gral de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la provincia de Tucumán. Médico Psiquiatra (UNT). Docente Facultad de Medicina (UNT).

Gustavo Zbuczynski - Representante Asociación de Reducción de Daños de Argentina (ARDA). Psicólogo psicoanalista (UBA). Presidente de la Asociación de Reducción de Daños de Argentina (ARDA), integrante del equipo del Centro Carlos Gardel (GCBA), Docente (UBA; UB).

Tanto los integrantes del panel como las asociaciones dieron su aval al documento.

Participaron en alguna etapa del proceso de elaboración: Celina Aguilera, Leonardo Castresana, Liliana Beatriz Lucero, Sonia Balza, Veronica Buiatti y Martin González.

Revisión externa

Mariana Cremonte - Doctora en Psicología. Investigadora Principal de CONICET (IPSIBAT/UNMdP). Profesora Titular de Introducción a la Investigación Psicológica (Fac. de Psicología, UNMdP). Editora Jefe de la revista Substance Abuse, Treatment, Prevention and Policy.

Maria Verónica Rabanal. Licenciada en psicología (UBA). Integrante del equipo elaborador de la guía de práctica clínica nacional de tratamiento de la adicción al tabaco 2011. Profesional del Dispositivo Ambulatorio Intensivo del Hospital Nacional Laura Bonaparte especializado en adicciones (Ex Cenareso).

Diseño

Tec. **Mel Sabrina Pesce Ortiz**

*Modo de citar la presente GPC:
Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica
Nacional sobre Intervención Breve para
Reducir el Consumo de Alcohol.
Argentina. 2023.*

Tabla de contenido

Elaboración de la Guía

Equipo elaborador	3
Panel Interdisciplinario de consenso	3
Revisión externa	5

Abreviaturas

7

Acerca de esta Guía

Fundamentación	8
Alcances de la guía	8
Metodología	9
Actualización	10

Tabla de recomendaciones

Personas adultas	12
Personas gestantes	18
Niños, niñas y adolescentes	18

Preguntas clínicas y marco de traspaso de la evidencia a las recomendaciones - Marco GRADE EtD

PC 1.a: ¿Cuál es la eficacia de la IB para reducir el consumo de alcohol en personas adultas?	21
PC 1.b: ¿Cuál es la eficacia de la IB para reducir el consumo de alcohol en personas mayores?	22
PC 1.c: ¿Cuál es la eficacia de la IB para reducir el consumo de alcohol en personas en estado gestante?	23
PC 1.d: ¿Cuál es la eficacia de la IB para reducir el consumo de alcohol en NNyA?	24
PC 1.e: ¿Cuál es la eficacia de IB para reducir el consumo de alcohol en jóvenes?	25
PC 2.a: En el marco de la intervención breve, ¿es eficaz el uso de AUDIT-C como prueba inicial para el rastreo de consumo de riesgo y/o perjudicial en población adulta?	26
PC 2.b: ¿En el marco de la IB es eficaz el uso del AUDIT completo (10 preguntas) como prueba diagnóstica de consumo de riesgo y/o perjudicial en población adulta?	27
PC 2.c: ¿En el marco de la IB es eficaz el uso del AUDIT-C comparado con el test de referencia como prueba inicial para el rastreo de consumo de riesgo y/o perjudicial en jóvenes?	28
PC 2.d: ¿En el marco de la IB es eficaz el uso del AUDIT completo (10 preguntas) como prueba diagnóstica de consumo de riesgo y/o perjudicial en jóvenes?	29

Anexos metodológicos

Anexo 1: Declaración de conflictos de interés	31
Valoración	32
Declaración de independencia editorial del Equipo Elaborador y de redacción	32
Anexo 2: Preguntas clínicas, búsqueda bibliográfica y revisión crítica	32
Preguntas clínicas	32
Estrategias de búsqueda de GPC	34
Revisión crítica de las GPC	34
Búsqueda exhaustiva y revisión crítica de RS-MA	36
Anexo 3. Perfiles de evidencia y tablas de resumen	
Perfiles de evidencia	37
Tablas de resumen de evidencia (“Summary of Findings” o SoF)	37
Anexo 4. Resumen completo de la evidencia	48
Población adulta y adulta mayor	48
Personas en estado gestante	50
Niños, niñas y adolescentes	54
Jóvenes	56
Diagnóstico	58
Anexo 5. Elaboración de las recomendaciones	61
Marco de traspaso de la Evidencia a la Recomendación	61
Calidad de la Evidencia y Fuerza de la Recomendación	61
Valoración de los criterios por el panel interdisciplinario de consenso	62
Anexo 6. Revisión externa	63
Anexo 7. Estrategias de implementación	65
Bibliografía	67



Abreviaturas

- AGREE:** Appraisal of Guidelines Research and Evaluation.
AVAD: años de vida ajustados por discapacidad.
AVD: años vividos con discapacidad.
ANSV: Agencia Nacional de Seguridad Vial.
CARR: consumo de alcohol regular de riesgo.
CAS: concentración de alcohol en sangre.
cc: centímetros cúbicos.
CEEA: consumo episódico excesivo de alcohol o binge drinking.
DE: Desvío estándar.
DM: diferencia de medias.
DME: diferencia de medias estandarizada.
DNAIENT: Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles.
DNCSSyRS: Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos.
DNCSSyRS: Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria.
E: especificidad.
ECA: ensayo/s clínico/s aleatorizado/s.
EE: equipo elaborador.
ej: ejemplo.
EM: entrevista motivacional.
EMSE: Encuesta Mundial de Salud Escolar.
ENFR: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.
ENT: enfermedades no transmisibles.
ENNyS: Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.
EtD: Evidence to Decision.
FR: factores de riesgo.
g: gramos.
GAD-7: Generalized Anxiety Disorder, GAD-7.
GPC: guía de práctica clínica.
GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation.
HR: Hazard ratio.
IB: intervención breve.
IB-e: intervención breve electrónica.
IBP: intervención breve prolongada.
IC95%: intervalo de confianza del 95%.
l: litro.
LNC: licencia nacional de conducir.
M: media.
MA: metaanálisis.
NNT: número necesario a tratar.
NNyA: niños, niñas y adolescentes.
MSN: Ministerio de Salud de la Nación.
OMS: Organización Mundial de la Salud.
OPS: Organización Panamericana de la Salud.
OR: odds ratio.
PC: pregunta clínica.
PHQ-9: Patient Health Questionnaire.
PPP: prohibición de Publicidad, Promoción y Patrocinio.
R: recomendación.
RR: riesgo relativo.
RAR: reducción absoluta de riesgo.
RS: revisión sistemática.
RS-MA: revisión sistemática y metaanálisis.
S: sensibilidad.
SAF: síndrome Alcohólico Fetal.
SoF: summary of findings.
TEAF: trastornos del espectro alcohólico fetal.
TOI: tamaño óptimo de la información.
UBE: unidad de bebida estándar.
WHO: World Health Organization.

Acerca de esta Guía

La presente Guía de Práctica Clínica (GPC) se realizó mediante el mecanismo de adaptación de guías, que se enmarca en los estándares metodológicos del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y del sistema Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE). Se presenta como un documento matriz y de consulta a partir del cual se desarrollarán versiones abreviadas, otros aplicativos de implementación, materiales para pacientes y diseño de actividades para capacitaciones y talleres. Este y todos los materiales derivados de la guía son de acceso y uso libre, citándolos adecuadamente, y están disponibles en la página web del Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

Fundamentación

El uso nocivo de alcohol es uno de los cuatro factores de riesgo (FR) prevenibles de desarrollar enfermedades no transmisibles (ENT), junto al tabaco, la alimentación no saludable y la inactividad física. Dicho consumo ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad a nivel mundial y es el principal factor de riesgo de muerte y discapacidad para las personas de 15 a 49 años. En el año 2016, el consumo de alcohol implicó la muerte de 3 millones de personas a nivel mundial^[1]. Para el mismo año, en la Región de las Américas los daños asociados al consumo de alcohol explicaron el 6,7% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), con mayor carga en personas de sexo masculino, siendo la principal causa, las enfermedades cardiovasculares. Cuando se analizan los AVAD asociados al consumo de alcohol, las principales causas en la región fueron: los trastornos por consumo de alcohol, las lesiones no intencionales y los trastornos neurológicos, dentro de los que se encuentran los trastornos fetales ocasionados por el alcohol y el síndrome de alcoholismo fetal (SAF)^[2].

En los últimos años, y acompañando la tendencia internacional, se evidenciaron en nuestro país cambios en la modalidad y el patrón de consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes, especialmente en las mujeres, con una edad de inicio cada vez más temprana^[3].

Según los resultados de la 3° Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) 2018, en Argentina el 77,1% de adolescentes de 13 a 17 años consumió alcohol por primera vez antes de los 14 años, observándose que el 54,1% consumió una bebida alcohólica al menos 1 día en el último mes, siendo mayor en el grupo de 16 a 17 años (67,6%) que en el de 13 a 15 (47,7%)^[4]. En cuanto al sexo, en el grupo de 13 a 15 años el consumo de alcohol fue mayor en estudiantes de sexo femenino (50,3% vs 44,9%), lo que muestra un cambio

con respecto a la edición anterior del año 2012, que no reportó diferencias por sexo. Entre los y las estudiantes de 13 a 17 años que tomaron alcohol en los últimos 30 días, el 65,7% se inició en el consumo de alcohol antes de los 14 años, siendo este porcentaje mayor en el sexo masculino (69,2%) respecto al femenino (62,4%). Así también el 37,3% manifestó haberse emborrachado alguna vez en su vida y este indicador fue mayor en el grupo de 16 a 17 años (56%) que en el de 13 a 15 (28,5%). El patrón de consumo instalado en jóvenes argentinos es el denominado "consumo episódico excesivo de alcohol" (CEEA) o binge drinking, que duplicó su prevalencia del 35,3% en 2007 a 62,9% en 2012 siendo de 63,1% en la última edición de la encuesta.

Según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) 2018, la prevalencia del CEEA aumentó 13,3% en personas de 18 años y más, respecto al 8,9% registrado en la edición 2009^[5]. A su vez la prevalencia de consumo de alcohol regular de riesgo (CARR), fue de 8,4%, manteniéndose estable respecto a la edición 2013. Si bien especialmente el CEEA muestra un gradiente descendente con la edad, el 4,5% de las personas de 65 y más años reportaron CEEA y el 7,5% reportaron CARR.

A su vez en la última Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2) el 19,9% de las personas gestantes refirieron haber tomado bebidas con alcohol algunas veces durante el embarazo y 0,4% haberlas consumido de manera frecuente^[6].

Teniendo en cuenta este contexto, en el marco de las políticas que el Ministerio de Salud de la Nación lleva adelante para prevenir y controlar las ENT, la presente "GPC Nacional sobre Intervención Breve para Reducir el Consumo de Alcohol", ofrece al equipo de salud recomendaciones para implementar la Intervención Breve (IB), una herramienta sencilla, fácil de aplicar, para el abordaje del consumo de alcohol a lo largo de las diferentes etapas del ciclo vital.

Alcances de la guía

Propósito y objetivo general

Ofrecer recomendaciones basadas en evidencia de la mejor calidad disponible sobre detección temprana y abordaje del consumo de riesgo y/o perjudicial de alcohol, desde una mirada integral, en el marco de la IB, contribuyendo a disminuir la morbimortalidad, así como la estigmatización y los prejuicios sanitarios y sociales asociados a esta problemática.



Objetivos específicos

Evaluar la utilidad de la IB como herramienta para la detección oportuna y el abordaje del consumo de riesgo y/o perjudicial de alcohol en:

- Personas gestantes.
- Niños, niñas y adolescentes (NNyA).
- Jóvenes.
- Personas adultas y adultas mayores.

Usuarios de la guía

Integrantes de los equipos de salud de todos los niveles y subsectores del sistema que cumplan tareas propias del primer nivel de atención; estudiantes de grado de todas las carreras vinculadas a la salud; promotores y educadores para la salud; administradores y financiadores de servicios de salud y funcionarios de la salud pública.

Población beneficiaria

Población general que accede al sistema de salud con o sin consumo de riesgo y/o perjudicial de alcohol: NNyA, jóvenes, personas adultas y adultas mayores, personas gestantes y en etapa de lactancia, así como sus familias y entorno cercano.

Esta guía no incluirá los siguientes aspectos

- Tratamiento de la intoxicación aguda ni de la dependencia al alcohol.
- Tratamiento farmacológico.
- Padecimientos relacionados con el uso de otras sustancias psicoactivas.
- Aspectos específicos de la atención de las comorbilidades vinculadas al consumo de alcohol.
- Abordaje de la problemática del consumo perjudicial/dependencia en centros especializados.

Temas que se abordarán

- Detección del consumo de bebidas con alcohol, en particular del consumo de riesgo o perjudicial.
- Instrumentos para la detección precoz del consumo de bebidas alcohólicas.
- Efectividad de la IB y sus componentes principales: consejo, modelo de cambio e intervención motivacional.

Metodología

La presente Guía se realizó mediante el mecanismo de adaptación de guías, que se enmarca en los estándares metodológicos del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y del sistema GRADE.

Una vez conformado el equipo elaborador y establecidos los alcances y objetivos, se elaboraron las preguntas clínicas (PC) relevantes, utilizando el esquema paciente/problema, intervención, comparación, outcome/resultado o desenlace (PICO). Las mismas fueron priorizadas mediante la aplicación de una matriz de criterios ponderados.

El panel de consenso se conformó con representación de diversas profesiones, especialidades, sociedades científicas y pacientes, quienes firmaron una declaración para la valoración de potenciales conflictos de interés.

La búsqueda sistemática de GPC y estudios se realizó en forma independiente por dos expertos en metodología y la calidad de las GPC identificadas fue ponderada por dos evaluadores para los veintitrés criterios de la Colaboración de la Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE). Fueron utilizadas como insumos de esta guía las GPC con calidad de elaboración y concordancia con las PC propuestas (grilla adolopment).

Se elaboraron síntesis de evidencias de los estudios seleccionados para cada PC y tablas con los resúmenes de hallazgos, denominadas tablas SoF por su sigla en inglés summary of findings. Las recomendaciones se elaboraron como respuesta a las PC a partir del perfil de evidencia y tablas SoF conforme a un marco de Traspaso de la Evidencia a la Recomendación (del inglés "Evidence to Decision" -EtD-). En el marco implementado, cada recomendación fue evaluada en relación con la calidad de la evidencia que la sustenta; el balance entre los beneficios y los riesgos; la aceptación de los pacientes y el impacto en los recursos para así quedar conformada la fuerza y dirección de las mismas. El proceso se completó con la revisión externa de líderes de opinión temática o metodológica. Para ampliar ver anexos metodológicos.

Figura 1: pasos del proceso de elaboración.



Actualización

Esta guía será revisada dentro de los 5 años de su realización o cuando nuevas evidencias justifiquen adelantar dicho proceso, acorde a los estándares del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, en consonancia con los lineamientos del sistema GRADE.



Tabla de Recomendaciones

El consumo de bebidas con 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” (UBE).

Una UBE contiene aproximadamente 13 g de alcohol y es equivalente a:

- 1 porrón o lata individual de cerveza (300 a 350 cc).
- 1 vaso de vino (aprox. 150 cc).
- 1 trago de licor solo o combinado (45cc), también pisco, ron, whisky, vodka, fernet u otros.

Tipos de consumo de alcohol [7]:

El **consumo de riesgo** es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste. Se describe como el consumo regular de 20 a 40 g diarios de alcohol en mujeres (2-3 UBE) y de 40 a 60 g (3-4 UBE) diarios en varones.

El **consumo perjudicial** se refiere a aquel que conlleva consecuencias tanto para la salud física como para la salud mental de la persona y se asocia generalmente con el consumo regular promedio de más de 40 g de alcohol al día en mujeres (más de 3 UBE) y de más de 60 g al día en hombres (más de 4 UBE).

El **consumo excesivo episódico o circunstancial** (también llamado en inglés binge drinking-atracón de alcohol), que puede resultar particularmente dañino para ciertos problemas de salud, implica el consumo, en personas adultas, de por lo menos 60 g. de alcohol en una misma ocasión.

La **dependencia del alcohol** es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición con otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él.

RECOMENDACIÓN FUERTE A FAVOR / RECOMIENDA:

El beneficio es claramente superior a los riesgos y costos; se aplica a la mayoría de las personas; la mayoría de las personas querrían recibir la intervención y puede ser adoptada como política en la mayoría de las situaciones.

RECOMENDACIÓN CONDICIONAL / SUGIERE:

Se balancean con menor margen los riesgos y beneficios, o la evidencia no lo muestra con consistencia, o la mejor acción puede variar según circunstancias o valores de la persona o la sociedad; implica ayudar a las personas a tomar una decisión consistente con sus valores; la mayoría de las personas querrían recibir la intervención, pero muchos podrían no aceptarla, o al instituir políticas plantear la discusión con la participación de todos los interesados

Recomendación 1: Se recomienda implementar la intervención breve como estrategia para identificar el consumo de alcohol y reducir los daños asociados en:

- Niños, niñas y adolescentes,
- Jóvenes,
- Personas adultas y personas mayores,
- Personas en estado gestante.

Moderada certeza de evidencia

Comentario: la IB o intervención de las 5A es una herramienta que permite al equipo de salud ayudar a reducir el consumo de alcohol. Tiene cinco pasos: averiguar, evaluar, aconsejar, ayudar con herramientas comportamentales para reducir el consumo y acompañar con el seguimiento^[8]. La IB consiste en conversaciones estructuradas para explorar de manera conjunta y con estrategias motivadoras el nivel de consumo de la persona, el riesgo real o potencial y las alternativas para su reducción o cese, según el resultado de la evaluación. Suele tener una duración total de entre 5 y 20 minutos a lo largo de una o más consultas.

PERSONAS ADULTAS

Recomendación 2: Se recomienda a todo el equipo de salud que pregunte a toda persona que consulte al sistema de salud sobre el consumo de bebidas con alcohol (vino, cerveza, aperitivos, tragos, fernet, bebidas blancas, licor, entre otras), en un clima de confianza y contención, sin juzgar ni estigmatizar, manteniendo una escucha activa, para identificar todo consumo de alcohol, particularmente el consumo de riesgo y/o perjudicial.

Consenso de expertos

Comentario: al preguntar sobre el consumo de bebidas con alcohol, especificar ejemplos de tipos de bebidas, ya que en personas que toman una bebida con contenido parcial de alcohol (ej. un aperitivo mayoritariamente con jugo de fruta o vino con soda) podrían no identificar que consumen alcohol.

Las mediciones bioquímicas (análisis como gamma GT o 5´nucleotidasa, dosaje de alcohol en sangre, etc) no son una medida adecuada para el rastreo.

Además de todas las consultas habituales al equipo de salud (ej: control de salud, consulta por afecciones menores, control de enfermedades crónicas), son oportunidades para el rastreo: consultas por salud sexual y control prenatal, cuando se tratan lesiones menores, en aquellas afecciones que podrían relacionarse con el alcohol (hipertensión arterial, trastornos gastrointestinales o hepáticos, ansiedad, depresión u otros trastornos del estado de ánimo); personas que han sido agredidas, en riesgo de autolesión, que sufren accidentes o traumas menores con regularidad, que buscan anticonceptivos de emergencia repetidamente, que presentan problemas de consumo de otras sustancias, se encuentran en riesgo de abuso doméstico o cuyos niños, niñas o adolescentes estén bajo sistemas de protección integral.

Tener en cuenta que la población puede presentar distintos mitos sobre el consumo de alcohol. Por ejemplo: “lo que causa daño es mezclar distintos tipos de bebidas o tomar de mala calidad”; “el alcohol tiene efecto protector cardiovascular, relajante o mejora el sueño”.

El potencial de daño se mide por gramos de alcohol^[9] y esto no depende de la mezcla ni de la calidad. Beber alcohol no mejora el sueño: tras la ingesta crónica, el efecto depresor del alcohol disminuye e interfiere tanto para conciliar el sueño, como con su arquitectura y continuidad, lo que podría acarrear consecuencias diurnas como alteraciones del estado de ánimo y cognitivas, entre otras, con potencial impacto en la calidad de vida^[10].

Respecto a la protección cardiovascular, ver recomendación 7.

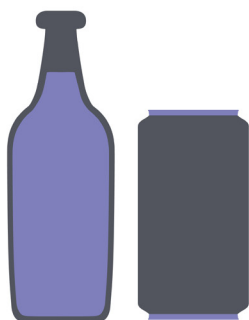


Recomendación 3: Se sugiere utilizar el cuestionario AUDIT-C como prueba inicial para identificar el consumo de riesgo y/o perjudicial de alcohol, en personas de 18 y más años incluidas aquellas en estado gestante.

Baja certeza de evidencia

Comentario: la evidencia disponible avala la utilización de cuestionarios breves como herramienta de rastreo. El AUDIT-C (estudiado principalmente en mayores de 18 años) está validado en español, incluye tres preguntas de consumo, con un puntaje total entre 0 y 12. Puede aplicarse tanto en el marco de una entrevista como de manera autoadministrada y no insume más de 5 minutos.

Su implementación requiere mostrar las equivalencias de lo que se considera una UBE para cada tipo de bebida.



Cerveza
300 / 350 cc
lata individual



Trago
45 cc
de bebidas destiladas
(ron, whisky, vodka,
fernet, similares)



Vino
150 cc

CUESTIONARIO AUDIT-C

Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	1 o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7, 8 o 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual	Semanal	A diario o casi a diario

Puntos de corte sugeridos para la detección de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol:

- 4 o más para personas adultas de sexo femenino.
- 5 o más para personas adultas de sexo masculino.

Recomendación 4: Se sugiere en personas adultas en quienes se detectó un rastreo positivo a través del cuestionario AUDIT-C, completar la evaluación con el cuestionario AUDIT completo (10 preguntas) para discriminar el patrón de consumo.

Baja certeza de la evidencia

Comentario: el cuestionario AUDIT completo se encuentra validado en español, incluye 10 preguntas con un puntaje total entre 0 y 40^[11]. Es necesario, durante su implementación, mostrar las equivalencias de lo que se considera una UBE para cada tipo de bebida.

Puede aplicarse en el marco de una entrevista o de forma autoadministrada a personas de 18 años o más. Realizarlo como entrevista permite clarificar dudas que surjan de su lectura, hacerlo accesible en personas con baja escolaridad o con dificultades en la lectoescritura y permite una devolución en el momento para brindar el consejo. Por otra parte, el cuestionario autoadministrado presenta como ventajas requerir menos tiempo, poder administrarse en forma impresa o a través de internet y obtener respuestas certeras. El puntaje final siempre lo brinda el equipo de salud.

Durante todo el abordaje del consumo de bebidas con alcohol, sostener un clima de confianza y comprensión, evitando juzgar y estigmatizar a la persona. La implementación de una estrategia de detección requiere contar con circuitos que permitan referenciar a equipos de salud capacitados ante la detección de casos graves y garantizar la continuidad de los cuidados.

CUESTIONARIO AUDIT COMPLETO

Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	1 o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7, 8 o 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual	Semanal	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual	Semanal	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual	Semanal	A diario o casi a diario



Preguntas	0	1	2	3	4
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual	Semanal	A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual	Semanal	A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual	Semanal	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herida porque usted había bebido?	No	-	Si, pero no en el curso del último año	-	Si, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	No	-	Si, pero no en el curso del último año	-	Si, el último año

Registrar en la historia clínica la cantidad de consumiciones (UBE) y las conclusiones del puntaje final:

- Puntuaciones de 8 a 15 se asociarían generalmente con consumo de alcohol de riesgo.
- Puntuaciones de 16 a 19 podrían indicar consumo perjudicial de alcohol.
- Puntuaciones de 20-40 podrían indicar consumo dependiente.

Como con cualquier herramienta diagnóstica, la precisión del AUDIT se encuentra limitada por su sensibilidad y especificidad. Así algunas personas con puntuaciones cercanas pero menores a 16 podrían presentar un consumo perjudicial y otras con puntuaciones cercanas pero menores a 20 podrían presentar un consumo dependiente. Por lo tanto, es importante aplicar el juicio clínico y revisar las respuestas a las preguntas individuales relacionadas con síntomas de dependencia (preguntas 4, 5 y 6) y problemas relacionados con el alcohol (preguntas 9 y 10) para orientar la intervención. (WHO. AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol Pautas para su utilización en Atención Primaria. 2001).

Recomendación 5: Se sugiere que, a toda persona que presente un consumo de alcohol de riesgo y/o perjudicial, se le realice una evaluación integral para valoración del daño en la salud física, mental, social.

Consenso de expertos

Comentario: la evaluación integral puede incluir identificar otros consumos (ej. tabaco, psicofármacos, otras sustancias), evaluación clínica y de salud mental, evaluación cognitiva, nutricional, del soporte social y familiar, situación laboral, entre los principales. Existen instrumentos para valorar la ansiedad y la depresión (ej. GAD-7 y PHQ-9).

Recomendación 6: Se recomienda en personas de 18 años y más, en la que se detecte consumo de riesgo y/o perjudicial de bebidas con alcohol (puntuación del AUDIT: 8 a 19), se le brinde consejos y estrategias para reducir el consumo.

Moderada certeza de evidencia

Comentario: la IB mostró ser efectiva en jóvenes, personas adultas y personas mayores. Esta recomendación comprende intervenir con retroalimentación personalizada, permitir a las personas tener mayor conocimiento para la toma de decisiones y brindar consejo sobre cómo reducir los riesgos asociados al consumo de bebidas con alcohol.

El modelo de cambio y la entrevista motivacional (EM) podrían ser útiles para implementar en el marco de la intervención breve.

El modelo de cambio de Prochaska y Di Clemente podría facilitar la identificación de la etapa que atraviesa la persona en su intención de cambiar: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Identificar la etapa de cambio facilita la selección de estrategias según la persona esté o no preparada para modificar su patrón de consumo. A su vez, la EM es un estilo de comunicación centrado en la persona, que se basa en la identificación y la movilización sus valores y metas para estimular el cambio. Presenta como principios generales: expresar empatía, explicitar contradicciones, evitar la confrontación, trabajar la resistencia al cambio y fomentar la autoeficacia.

Como ejemplo de consejos: plantear el objetivo de evitar el alcohol algunos días cada semana, disminuir la velocidad y la cantidad cuando deciden tomar, preferir beber con las comidas, siempre evitando actividades de riesgo.

Recomendación 7: En personas que no consumen bebidas con alcohol, se sugiere desalentar su inicio, para evitar los daños asociados a su consumo.

Consenso de expertos

Comentario: en distintos momentos, se describió una posible relación en forma de curva J entre el consumo de alcohol y el desarrollo de eventos cardiovasculares o mortalidad. Esto se interpretó y difundió como que un consumo bajo a moderado podría traer un beneficio modesto en la salud cardiovascular, sin embargo, esto no pudo confirmarse.

Los beneficios cardiovasculares son alcanzados a través de la actividad física, la reducción de sodio, evitando fumar y manteniendo un peso corporal adecuado. Estas medidas son más seguras y aportan a la salud integral de la persona mientras que el consumo de alcohol agrega riesgo de dependencia, siniestros viales, hechos de violencia y desarrollo de cáncer, entre otros daños.



Recomendación 8: Se recomienda al equipo de salud aconsejar de modo firme, claro y personalizado evitar todo consumo de bebidas con alcohol al manejar automóviles, motocicletas, bicicletas, maquinarias, herramientas o al realizar trabajos de riesgo y a quienes estén a cargo del cuidado de otros, para evitar lesiones, discapacidad y otros daños para sí o para terceros.

Recomendación primordial (Motherhood statement)

Fundamentación: el alcohol es una sustancia depresora del sistema nervioso central. A medida que aumenta el nivel de alcohol en sangre, disminuye la atención, los reflejos se vuelven más lentos y la capacidad de percepción sensorial se reduce, atentando en contra de una conducción segura.

Los traumatismos por siniestros viales junto al resto de las lesiones externas constituyen una de las principales causas de muerte prematura y años vividos con discapacidad (AVD) asociados al consumo de alcohol en la Región de las Américas [2]. Un estudio sociocultural llevado a cabo por la Agencia Nacional de Seguridad Vial (ANSV) en el año 2016 mostró que, si bien el 93% de los conductores de autos y motos declara saber que beber y conducir aumenta el riesgo de sufrir un siniestro vial, aproximadamente el 20% asumió haber conducido un vehículo bajo los efectos del alcohol en el último año [12]. Este valor asciende a 27% y 29% en jóvenes de 16 a 35 años, conductores de automóviles y motocicletas, respectivamente. Este estudio también exploró las creencias que subyacen a este comportamiento de riesgo. Entre ellas se identificaron: “el convencimiento de poder controlar el efecto del alcohol en el cuerpo para poder conducir un vehículo” y “que cada persona tiene su propio límite de alcohol”.

Otro informe realizado por la misma agencia sobre controles de alcoholemia a 48.780 conductores de vehículos en 38 municipios de 16 provincias de la Argentina, determinó que 9,4% supera los límites de concentración de alcohol en sangre (CAS) permitidos por la Ley Nacional de Tránsito 24.449, con una media de CAS entre los controles positivos de 1 g/l, siendo las personas jóvenes de 25 a 34 años quienes presentaron alcoholemias positivas en mayor proporción (12,7%) [12].

En la 4º ENFR el 7% de las mujeres y el 20,1% de los varones refirieron haber conducido un auto, moto o bicicleta habiendo bebido alcohol al menos una vez en los últimos 30 días.

Asimismo, datos de la ANSV evidencian que 8 de cada 10 conductores de autos y motos son varones y que durante el año 2019 el 72% de las licencias nacionales de conducir (LNC) otorgadas corresponden a varones y sólo 28% a mujeres [13]. Lo antedicho se traduce en la proporción de víctimas de siniestros viales: los varones duplican a las mujeres como víctimas en dichos siniestros (64,4% vs 32,1%), ocho de cada diez víctimas fatales y seis de cada diez personas heridas son varones.

Recomendación 9: Se sugiere que a toda persona que presente signos o síntomas de dependencia de alcohol, se le brinde un consejo orientado a dejar de consumir, y referenciar su atención a equipos de salud capacitados, para su evaluación integral y tratamiento.

Consenso de expertos

Comentario: La dependencia del alcohol, por su complejidad, requiere de tratamientos que tengan por objetivo el cese del consumo. Su abordaje específico está fuera de los alcances de la presente guía.

PERSONAS GESTANTES:

Recomendación 10: Se recomienda que a toda persona en estado gestante o en periodo de lactancia que presente algún consumo de alcohol, se le brinde un consejo claro y un abordaje interdisciplinario orientado a dejar de consumir para reducir daños tanto en su salud física y mental, como en la del niño/niña.

Moderada certeza de evidencia

Comentario: los trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF) son un grupo de afecciones que pueden presentarse en un niño/a expuesto/a al alcohol durante el embarazo. Estos efectos pueden incluir problemas físicos, del comportamiento y del aprendizaje. Dentro de ellos, el SAF, es la principal causa de retraso mental prevenible en el mundo^[14]. El alcohol en la sangre de la persona gestante pasa al feto y no se conoce un nivel de consumo de bebidas con alcohol seguro durante el embarazo. Se estima que entre 8 a 10 de cada 1000 niños de la población general padece SAF y 1 de cada 13 gestantes que consumen alcohol tendrán un hijo/a con SAF^[15]. A su vez, en nuestro país, los últimos datos disponibles del Sistema Informático Perinatal 2018, muestran que el 30% de los embarazos en el subsector público se controlan insuficientemente y el 63,6% no fueron planificados^[15]. Es por ello que resulta imprescindible implementar políticas sanitarias para la prevención del TEAF tanto en los servicios de salud como a nivel poblacional^[16].

NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES:

Recomendación 11: Se sugiere que el equipo de salud que atiende Niños, Niñas y Adolescentes utilice el cuestionario AUDIT-C adaptando las preguntas acordes a la edad en el marco de una entrevista semiestructurada para detectar el consumo de alcohol.

Consenso de experto

Comentario: Datos de la 3ta EMSE 2018 muestran que el consumo de alcohol de NNyA de Argentina es muy prevalente, el 77% de los encuestados consumió alcohol por primera vez antes de los 14 años y el 12,5% manifestó haber tenido problemas con su familia o amigos, haber faltado a la escuela o haberse involucrado en peleas, como resultado de tomar alcohol una o más veces en su vida.

El abordaje de la problemática en esta población requiere adaptar el AUDIT-C usando preguntas abiertas en el marco de una entrevista semiestructurada, expresando empatía y teniendo en cuenta la cultura de cada región, para generar un clima de confianza y contención. Tener en cuenta que en NNyA se considera CEEA o "binge drinking", el consumo de 2 o más UBE bebidos en una misma ocasión a diferencia de la población adulta en la cual son 5 o más UBE en una misma ocasión. El diálogo debe desarrollarse en un espacio tranquilo, que resguarde su intimidad, con previo consentimiento, explicitando el marco de la confidencialidad. Cualquier nivel de consumo requiere una evaluación más exhaustiva en esta población. Las tres preguntas adaptadas deben estar orientadas a evaluar: tipo de consumo, frecuencia y cantidad de UBE consumidas, apuntando a rastrear el patrón de CEEA.

Recomendación 12: Se recomienda, en Niños, Niñas y Adolescentes que no consumen bebidas con alcohol, brindar un consejo claro y personalizado sobre la importancia de no iniciar su consumo para evitar riesgos y daños en su salud y en la de terceros.

Recomendación primordial (Motherhood statement)

Comentario: Los cambios en el cerebro hacen que el adolescente sea más susceptible tanto a la adicción como a la severidad del aumento del uso del alcohol. Así también el cerebro en desarrollo es más vulnerable al daño inducido por



el alcohol que el cerebro de los adultos. El inicio de su consumo a edades tempranas se asocia de forma independiente con un mayor riesgo de consumo excesivo de alcohol y de inicio de la dependencia a una edad más temprana^[17]. Los adolescentes que comienzan a beber antes de los 15 años presentan un mayor riesgo de desarrollar dependencia al alcohol que los que empiezan a beber después de los 20 años^[18]. El consejo de no iniciar el consumo juega un papel más importante que las intervenciones posteriores.

Recomendación 13: Se sugiere, en Niños, Niñas y Adolescentes en quienes se detecte consumo de alcohol, se utilicen preguntas abiertas para conocer su historial de consumo; explorar factores subyacentes como violencia intrafamiliar, abuso infantil, antecedentes de trastornos de consumo de alcohol en el entorno; y consecuencias del consumo de alcohol, como ausentismo o bajo rendimiento escolar, cambios del comportamiento o del estado de ánimo, entre otros.

Consenso de experto

Comentario: La posibilidad de dialogar sobre el tema en el marco de la consulta, responder interrogantes y aclarar dudas, mostrarse disponible para hablar del tema y trabajar sobre mitos es, entre otras estrategias, fundamental. Adecuar el lenguaje a la edad y tener siempre en cuenta el contexto familiar y social. Realizar la entrevista desde un enfoque integral, con una escucha activa y sin adjetivar el consumo, contribuyen a generar confianza y empatía. Profundizar sobre su historia de vida y la de su entorno afectivo y social, tanto el grupo familiar como el de pares. Investigar el contexto donde se consume, los elementos que emergen como condicionantes, los factores de riesgo y los protectores. Considerar la participación de madres, padres o cuidadores, a lo largo de la intervención, reservando espacios de privacidad, explicitando la confidencialidad y con previo consentimiento del NNYA.

Es deseable la articulación intersectorial para que el equipo de salud aborde a esta población en otros espacios de concurrencia frecuente, como organizaciones barriales, escuelas y clubes. Para ampliar pueden consultarse los Lineamientos de atención integral de adolescentes: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/lineamientos-para-la-atencion-del-consumo-episodico-excesivo-de-alcohol-en-adolescentes>

Recomendación 14: Se sugiere que, a padres y madres de Niños, Niñas y Adolescentes, se les brinde un consejo claro y firme sobre no ofrecerles ni inducirlos a consumir bebidas con alcohol para evitar riesgos y daños en su salud, lesiones por causas externas, siniestros y daños a otras personas.

Consenso de experto

Comentario: según datos de la EMSE 2018, el inicio del consumo de alcohol en Argentina ocurre generalmente antes de los 14 años, lo que representa un dato preocupante^[4]. En cuanto al género, el patrón de consumo cambió respecto a ediciones previas de la encuesta, mostrando una mayor prevalencia de consumo en mujeres de 13 a 15 años respecto a los varones del mismo grupo de edad (50,3% vs 44,9%).

Los comportamientos cotidianos que se observan en el hogar, podrían tener incidencia en los consumos de NNYA. Diversos factores podrían sostener, disminuir o incrementar su vulnerabilidad para consumir bebidas alcohólicas, entre ellos, el grupo de pertenencia y el de referencia. Además, estos factores se relacionan con características de la personalidad, expectativas hacia el alcohol, motivos de consumo y apoyo social parental. Un mayor uso de alcohol o la aprobación del consumo por parte de padres, madres y otros adultos significativos del entorno cercanos se asociaría, de forma independiente, a una mayor posibilidad de consumo de alcohol en NNYA^[19].

Asimismo, la influencia social y la publicidad, promoción y patrocinio de bebidas con alcohol podrían impulsar su consumo en esta población^[20]. Por otro lado, es necesario prestar atención a la variable género, puesto que las adolescentes de 13 a 15 años consumen más alcohol que los varones de la misma edad^[21].

Recomendación 15: Se recomienda ante la identificación de consumo de bebidas con alcohol en Niños, Niñas y Adolescentes, brindar un consejo claro y personalizado orientado a dejar de consumir para evitar riesgos y daños en su salud, lesiones por causas externas, siniestros y daños a otras personas.

Baja certeza de evidencia

Comentario: Generar un clima de confianza y empatía a la hora de intervenir, brindando información acerca de los riesgos y daños del consumo. Acordar un plan consensuando metas a alcanzar en el proceso de dejar de consumir. Acompañar al NNyA desde la intersectorialidad e interdisciplina, evaluando los recursos disponibles y la posible participación de madres, padres y cuidadores cuando se requiera.

Recomendación 16: Se sugiere, si se sospecha que existe un riesgo significativo de daño relacionado con el alcohol, considerar la derivación a servicios de salud mental para Niños, Niñas y Adolescentes, atención social o a equipos capacitados en la problemática, para recibir tratamiento.

Consenso de experto

Comentario: El objetivo de la derivación es asegurar que el o la NNyA sea contactado con un equipo capacitado para un diagnóstico exhaustivo y tratamiento acorde a cada caso. Para ello es esencial, identificar recursos locales disponibles.



Preguntas clínicas y marco de traspaso de la evidencia a las recomendaciones - Marco GRADE EtD

PC1.a: ¿Cuál es la eficacia de la IB para reducir el consumo de alcohol en personas adultas?

P: Población adulta

I: Intervención breve

C: Cuidado habitual

O: Cualquier reducción en el consumo de bebidas con alcohol, reducción del consumo de riesgo y/o perjudicial de bebidas con alcohol (bajar a menos de 20 g/día en mujeres o 40 g/día en hombres).

Marco GRADE EtD

Resumen de hallazgos:

La intervención breve:

- Muy probablemente reduzca el consumo de alcohol semanal (g/semana) en personas con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol: con una media del consumo de alcohol de 238 g/semana y una diferencia de medias (DM) 20,08 g/semana menor (28,36 menor a 11,81 menor). **(Moderada certeza por riesgo de sesgo).**
- Muy probablemente reduzca la frecuencia del CEEA (número de atracones/semana) en personas con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol: con una media de frecuencia de consumo excesivo de alcohol de 0,98 número de atracones por semana y una DM 0,08 número de atracones por semana menor (0,14 menor a 0,02 menor). **(Moderada certeza por riesgo de sesgo).**
- Podría tener poco o ningún efecto sobre el consumo diario de alcohol (g/día de consumo) en personas con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol: con una intensidad de consumo media de 55 g/día de consumo y una DM 0,18 g/día de consumo menor (3,09 menor a 2,73 más alto). **(Baja certeza por riesgo de sesgo e imprecisión).**

Certeza global: moderada

El panel acordó por unanimidad con la valoración de la evidencia realizada por el EE.

Balance entre beneficios y riesgos:

El panel expresó que aplicar la IB en la atención de personas adultas conlleva un balance positivo entre los beneficios y los riesgos para reducir el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Permite un diagnóstico y consejo apropiado en tiempo y forma y facilita que la persona tome conciencia de su situación. Asimismo, y teniendo en cuenta que no hay evidencia que la IB empeore la situación de consumo, ésta podría ser realizada por un equipo de salud entrenado y así sentar las bases en el abordaje de esta problemática en atención primaria. Intervenir produce menos daños que no actuar.

Aceptabilidad:

El panel consideró que, si bien no se encontraron estudios que hayan evaluado las preferencias de las personas, la experiencia indica que probablemente acepten recibir la intervención, aunque la aceptabilidad podría variar según las características sociodemográficas de las personas destinatarias, el contexto de aplicación y su realidad respecto al consumo de alcohol. A su vez, destacó la importancia de que la intervención la brinde personal de salud entrenado, expresando empatía, en un espacio de escucha enmarcada en una relación de respeto, sin discriminación ni estigma.

Uso de recursos y costos:

El panel manifestó que el costo de la IB es mínimo y sus potenciales beneficios justifican el uso de recursos con potencial ahorro de costos por los eventos de salud que evita, tanto para quien lo consume como para terceros.

Factibilidad de implementación:

El panel mayoritariamente consideró que la IB es factible de implementar sin grandes transformaciones del sistema, enfatizando la necesidad de generar espacios de capacitación para equipos de salud interdisciplinarios, teniendo en cuenta los factores contextuales y sociales en los que se aplicaría este instrumento.

Conclusiones del panel:

El panel consideró que la IB para reducir el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en personas adultas, presenta un balance positivo entre los beneficios y los riesgos, sería aceptada por la mayor parte de las personas, presenta un bajo costo y sería factible de implementar, requiriendo capacitar al equipo de salud.

PC 1.b: ¿Cuál es la eficacia de la IB para reducir el consumo de alcohol en personas mayores?

P: Personas mayores

I: Intervención breve

C: Cuidado habitual

O: Cualquier reducción en el consumo de bebidas con alcohol, reducción del consumo de riesgo y/o perjudicial de bebidas con alcohol (bajar a menos de 20 g/día en mujeres o 40 g/día en hombres).

Marco GRADE EtD

Resumen de hallazgos:

La intervención breve:

- Muy probablemente reduzca el consumo de alcohol en personas mayores con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol a 3 a 6 meses: DME 0,18 DE menos (0,28 menos a 0,07 menos). **(Moderada certeza por riesgo de sesgo).**
- Muy probablemente reduzca el consumo de alcohol en personas mayores con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol a 12 meses: DME fue 0,16 menos (0,3 menos a 0,01 menos). **(Moderada certeza por riesgo de sesgo).**

Certeza global: moderada

El panel acordó unánimemente sobre la calidad de evidencia realizada por el EE.

Balance entre beneficios y riesgos:

El panel, en su gran mayoría, manifestó que la IB para reducir el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en personas mayores, conlleva un balance positivo entre los beneficios y los riesgos y aportaría la posibilidad de conversar sobre las implicancias clínicas, impacto en la calidad de vida y deterioro de la salud integral potencialmente asociado al consumo de bebidas con alcohol.

Aceptabilidad:

El panel expresó que la IB aplicada en un marco de confianza y contención sería bien aceptada por las personas mayores. Entre sus opiniones destacó la importancia de que sea aplicada por personal de salud entrenado, sin prejuicios ni juzgamiento, que conozca las características sociodemográficas de los destinatarios y su realidad respecto al consumo de alcohol.

Uso de recursos y costos:

El panel acordó en que las IB son de bajo costo y los potenciales beneficios de su aplicación justifica los recursos que conlleva.

Factibilidad de implementación:

El panel acordó en que la IB es factible de implementar, por su bajo costo y la posibilidad de ser aplicada por distintas disciplinas del equipo de salud, requiriéndose su capacitación.

Conclusiones del panel:

El panel consideró que la IB presenta un balance positivo entre los beneficios y los riesgos para reducir el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en personas mayores. Estimó que sería aceptada en la mayoría de los casos, sería factible de implementar sin grandes transformaciones del sistema de salud y los beneficios de su aplicación justifican la utilización de los recursos que conlleva.



PC 1.c: ¿Cuál es la eficacia de la IB para reducir el consumo de alcohol en personas en estado gestante?

P: Personas en estado gestante

I: Intervención breve

C: Cuidado habitual

O: Cualquier reducción en el consumo de bebidas con alcohol, reducción del consumo de riesgo y/o perjudicial de bebidas con alcohol (bajar a menos de 20 g/día en la mujer o 40 g/día en hombres).

Marco GRADE EtD

Resumen de hallazgos:

La intervención breve comparada con:

- El asesoramiento breve muy probablemente reduzca levemente la cantidad de alcohol consumido por personas en estado gestante: RR 0,91 (IC 95% 0,76 a 1,09). **(Moderada certeza por imprecisión).**
- El asesoramiento breve muy probablemente reduzca levemente la frecuencia de alcohol consumido por personas en estado gestante: RR 0,90 (IC 95% 0,75 a 1,08). **(Moderada certeza por imprecisión).**
- El asesoramiento breve muy probablemente produzca un efecto similar en relación con el CEEA en personas en estado gestante: RR 0,98 (IC95% 0,81 a 1,19). **(Moderada certeza por imprecisión).**
- El cuidado habitual podría reducir el consumo de alcohol durante el embarazo. 13 estudios evaluaron reducción en el consumo de alcohol: 5 estudios informaron hallazgos significativos a favor del grupo IB y los otros 8 mostraron una reducción similar en ambos grupos. **(Baja certeza por riesgo de sesgo e imprecisión).**
- La sola evaluación muy probablemente aumenta la abstinencia de alcohol durante el embarazo: OR 5,39 (IC95% 1,59 a 18,25). **(Moderada certeza por riesgo de sesgo).**
- El cuidado habitual podría aumentar la abstinencia de alcohol durante el embarazo. 5 estudios evaluaron abstinencia: 2 mostraron beneficio en aumentar la abstinencia de beber alcohol y los otros 3 mostraron efectos similares entre ambas ramas. **(Baja certeza por riesgo de sesgo e imprecisión).**

Certeza global: moderada.

El panel acordó por unanimidad con la valoración de la evidencia realizada por el EE.

Balance entre beneficios y riesgos:

El panel valoró que aplicar la IB en la atención de personas gestantes presenta un buen balance entre los beneficios y los riesgos ya que es altamente segura, brinda un espacio para discutir el consumo de alcohol, estrategias y motivos para cesarlo. Además, se cuenta con estudios en nuestro medio que muestran que la IB reduce el consumo de alcohol y podría mejorar el peso del niño/niña por nacer. A su vez destacó la importancia del abordaje interdisciplinario y de expresar empatía al aplicar la intervención.

Aceptabilidad:

En su mayoría, el panel consideró que la IB aplicada por un equipo entrenado, de forma respetuosa y teniendo en cuenta los valores y perspectivas de la persona, sería bien recibida, considerando que las personas gestantes son más receptivas a aceptar recomendaciones de cuidado que favorezcan el buen curso del embarazo y la salud del feto. Entre sus opiniones expresaron que en parte de la sociedad el consumo de alcohol es un tema tabú, a lo que se suma la mayor vulnerabilidad que el género puede representar. En este sentido destacaron la importancia del estilo de comunicación y la escucha activa en pos de evitar el estigma, así como ofrecer la participación de la pareja.

Uso de recursos y costos:

El panel opinó en forma variada. La mayor parte estimó que la IB no acarrearía un impacto considerable en los costos o incluso podría generar ahorro por tratarse de prácticas preventivas que podrían evitar daños maternos y neonatales. Otros miembros consideraron que, aunque no requiere de aparatología costosa ni sofisticada, implicaría un aumento en el costo por requerir equipo interdisciplinario capacitado y materiales educativos para la población.

Factibilidad de implementación:

La mayoría manifestó que la IB podría implementarse con pequeñas transformaciones del sistema de salud, siendo estas, principalmente, capacitaciones adecuadas al equipo, cambios en procesos administrativos y de gestión (ej. registrar la

IB en la historia clínica). Al mismo tiempo se mencionó la dificultad que supone superar las barreras que se manifiestan en la cultura de algunos profesionales, que suelen subestimar los potenciales daños del consumo de alcohol y que para hacer sustentable la implementación de la IB es necesario el liderazgo sostenido de los programas.

Conclusiones del panel:

El panel consideró que la IB, aplicada en forma respetuosa en la atención de personas gestantes, presenta un balance positivo entre los beneficios y los riesgos, sería aceptada en la mayoría de los casos y sería factible de implementar, sin impacto considerable en los costos.

PC 1.d: ¿Cuál es la eficacia de la IB para reducir el consumo de alcohol en NNyA?

P: Niños, niñas y adolescentes

I: Intervención breve

C: Cuidado habitual

O: Cualquier reducción en el consumo de bebidas con alcohol, reducción del consumo de riesgo y/o perjudicial de bebidas con alcohol (bajar a menos de 20 g/día en la mujer o 40 g/día en hombres)

Marco GRADE EtD

Resumen de hallazgos:

La intervención breve:

- Reduciría el consumo de alcohol en adolescentes: se identificó una revisión sistemática (RS) con dos estudios, uno de los estudios mostró una disminución del consumo de alcohol durante los 30 días previos: hombres en el grupo de intervención breve 0,52 redujo a 0,25 en una escala de 0 a 7, comparado con el grupo control que de 0,50 aumentó 0,81 ($p < 0,05$); y en mujeres grupo intervención 1,19 redujo a 0,8 comparado con el grupo control 0,69 pasó a 0,8 ($p > 0,05$). El otro estudio mostró en adolescentes de alto riesgo una reducción de la cantidad de bebidas por semana DM - 4,41 (IC95% -7,46 a -1,36). **(Baja certeza por riesgo de sesgo e imprecisión)**
- Muy probablemente reduzca el CEEA en adolescentes con consumo de alto riesgo: OR 0,29 (IC95% 0,09 a 0,98). **(Moderada certeza por imprecisión)**
- Reduciría el consumo de alcohol de alto riesgo en adolescentes en nuestro medio: consumo de alto riesgo para tamizaje, evaluación e intervención vs solo tamizaje OR 0,24 (IC95% 0,08 a 0,74) y para tamizaje, evaluación e intervención vs tamizaje y evaluación OR 0,23 (IC95% 0,07 a 0,75). **(Baja certeza por riesgo de sesgo e imprecisión)**

Certeza global: baja.

El panel alcanzó consenso pleno con la valoración de la evidencia realizada por el EE.

Balance entre beneficios y riesgos:

El panel manifestó que el 77% de adolescentes en nuestro medio consumió alcohol por primera vez antes de los 14 años y esta población se encuentra expuesta en forma constante a mensajes en publicidades y redes sociales que alientan el consumo de alcohol, por lo que la IB sería una herramienta de bajo riesgo, beneficiosa, considerándose como un factor protector y representando una oportunidad para abordar la problemática con este grupo etario. Entre sus opiniones destacó la necesidad de adecuar el lenguaje a la edad, tener siempre en cuenta el contexto familiar y social y que cualquier nivel de intervención de un equipo entrenado sería mejor que no actuar.

Aceptabilidad:

El panel, en su mayoría, consideró que la IB podría ser aceptada por NNyA, siempre que se aplique con una actitud empática, escucha activa y libre de prejuicios, destacando que requiere ser adecuada a las características socioculturales de la población destinataria. Mencionó que es necesario tener en cuenta los determinantes sociales que contribuyen al consumo de alcohol ya que se trata de conductas arraigadas en grupos que habitualmente se guían por la presión social del entorno. Por este motivo podría haber resistencias, especialmente al inicio, por lo que resulta importante abrigar a la persona aceptándola tal cuál es, mostrándose dispuesto y disponible para escucharla, así como contar con dispositivos orientados a trabajar específicamente con NNyA.



Uso de recursos y costos:

La mayoría del panel consideró que la IB no tendría un impacto considerable en los costos: no implicaría erogaciones económicas importantes, ya que descansa en la inversión de trabajo y recurso humano; su implementación es breve; y tiene la potencialidad de reducir los costos asociados al consumo de alcohol. Otra parte del panel, en cambio, consideró que la IB podría generar un moderado incremento, ya que, si bien se trata de una técnica relativamente sencilla, requiere capacitar al equipo de salud.

Factibilidad de implementación:

El panel mayoritariamente consideró que la IB es factible de implementar ya que no requiere tecnologías duras y puede ser aplicada por cualquier integrante del equipo de salud entrenado. Destacó la utilidad de la telemedicina como estrategia para allanar barreras geográficas, la necesidad de capacitar al equipo de salud y el valor de la articulación intersectorial para el abordaje de esta población.

Conclusiones del panel:

El panel consideró que la IB, aplicada en NNyA, adecuando el lenguaje a la edad y teniendo siempre en cuenta el contexto familiar y social, presenta un balance positivo entre los beneficios y los riesgos, sería aceptada en la mayoría de los casos y sería factible de implementar, sin impacto considerable en los costos.

PC 1.e: ¿Cuál es la eficacia de IB para reducir el consumo de alcohol en jóvenes?

P: Jóvenes

I: Intervención breve

C: Cuidado habitual

O: Cualquier reducción en el consumo de bebidas con alcohol, reducción del consumo de riesgo y/o perjudicial de bebidas con alcohol (bajar a menos de 20 g/día en la mujer o 40 g/día en hombres)

Marco GRADE EtD

Resumen de hallazgos:

La intervención breve:

- Muy probablemente reduce el consumo de alcohol semanal en jóvenes: para el desenlace bebidas por semana se observó una reducción en el grupo intervención vs grupo control DM -0,86 (IC95% -1,29 a -0,43). **(Moderada certeza por riesgo de sesgo)**
- Muy probablemente reduce el número de CEEA en jóvenes: OR 0,81 (IC95% 0,63 a 1,05). **(Moderada certeza por imprecisión)**
- Comparada con la evaluación solamente reduciría el consumo de alcohol en jóvenes de nuestro medio: las medias de puntajes AUDIT iniciales fueron para evaluación solamente DM 6,03 (DE 3,11), intervención breve M 5,24 (DE 2,41). Las medias de puntaje AUDIT finales fueron para evaluación solamente M 4,11 (DE 2,82), intervención breve M 1,92 (DE 1,53); p: 0,001. **(Baja certeza por riesgo de sesgo e imprecisión)**

Certeza global: moderada.

El panel acordó unánimemente sobre la calidad de evidencia realizada por el EE.

Balance entre beneficios y riesgos:

La mayor parte del panel consideró que la IB, para reducir el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en jóvenes, presenta un balance positivo entre los beneficios y los riesgos. Entre sus argumentos expresó que la IB no presenta riesgo, podría reducir tanto el consumo de alcohol regular de riesgo como el episódico, al tiempo que ayuda a visibilizar y desnaturalizar su consumo en este grupo etario.

Aceptabilidad:

El panel, en su mayoría, valoró que la IB sería bien aceptada por las personas jóvenes, aunque algunas podrían presentar resistencia. Entre sus opiniones expresó que el grado de aceptación podría verse influenciado por el vínculo con el profesional, su grado de entrenamiento y el estilo de comunicación, destacando la importancia de adaptar la intervención a las características socioculturales de la población destinataria.

Uso de recursos y costos:

En relación con los costos, si bien algunos miembros opinaron que la IB podría generar un incremento moderado a alto en los costos, por requerir capacitar al personal de salud y desarrollar materiales, la mayor parte consideró que tendría un impacto económico bajo o nulo. Entre sus argumentos señaló, que puede implementarse dentro de la práctica clínica de los equipos de salud; insume un tiempo acotado; puede adaptarse al formato online, preferido por esta población, por lo que los potenciales beneficios que aporta justifican la utilización de los recursos que conlleva, o incluso podría representar un ahorro de los costos de afrontar las complicaciones asociadas al consumo de alcohol de riesgo, tanto a corto, mediano o largo plazo (accidentes, lesiones, etc.). A su vez, destaca la importancia de acompañar las acciones en los servicios de salud, con políticas públicas de mayor envergadura (ej.: prohibición de Publicidad, Promoción y Patrocinio (PPP) y regulación de la disponibilidad de bebidas con alcohol).

Factibilidad de implementación:

En forma mayoritaria, el panel consideró que la IB podría implementarse aplicando pequeñas transformaciones en el sistema de salud: contar con equipos de salud capacitados que aborden la problemática de forma empática; la implementación de una modalidad híbrida de atención, donde puedan ofrecerse consultas presenciales y virtuales; contar con materiales informativos y de comunicación; la adecuación jurisdiccional para hacer posibles las capacitaciones. Por otro lado, destacó que existen barreras que franquear, como la limitación del tiempo, la baja concurrencia de esta población al sistema de salud, la escasez de recursos humanos y materiales en el sistema de salud público. Señaló que algunas acciones podrían contribuir a sortearlas como el desarrollo de dispositivos para captar a esta población, la ampliación del horario de atención y la disponibilidad de servicios en lugares frecuentados por jóvenes.

Conclusiones del panel:

El panel consideró que la IB aplicada en jóvenes presenta un balance positivo entre los beneficios y los riesgos, sería aceptada en la mayoría de los casos, aunque remarcó la necesidad de adaptar la intervención a las características socioculturales de la población destinataria y sería factible de implementar, aplicando pequeñas transformaciones en el sistema de salud, sin impacto considerable en los costos.

PC 2.a: En el marco de la intervención breve, ¿es eficaz el uso de AUDIT-C como prueba inicial para el rastreo de consumo de riesgo y/o perjudicial en población adulta?

P: Población adulta

I: AUDIT-C

C: Test de referencia

O: Rastreo de consumo de riesgo y/o perjudicial de alcohol.

Marco GRADE EtD

Resumen de hallazgo:

- En personas adultas el AUDIT-C en el punto de corte ≥ 5 presentaría alta sensibilidad (S) y aceptable especificidad (E) como prueba de rastreo de consumo de riesgo de alcohol entre los hombres: S 92% (IC95% 82 al 97%) y E 74% (IC95% 63 al 83%). **(Baja certeza por estudio observacional)**
- En personas adultas el AUDIT-C en el punto de corte ≥ 4 presentaría alta S y aceptable E como prueba de rastreo de consumo de riesgo de alcohol entre las mujeres: rango que osciló en todos los estudios para S entre 89 y 91% y E entre 68 y 72%. **(Baja certeza por estudio observacional)**

Certeza global: baja.

El 95% del panel acordó con la valoración de la evidencia realizada por el EE.

Balance entre beneficios y riesgos:

El panel consideró que el AUDIT-C es un instrumento breve, que puede aplicarse en cualquier contexto, con mínimo entrenamiento, simple de entender y carente de riesgos; en su mayoría acordó que su utilización como prueba de rastreo inicial conlleva un balance positivo entre los beneficios y riesgos para las personas adultas. Asimismo, destacó que es útil como disparador para hablar sobre el consumo de alcohol y probablemente de otras sustancias, al tiempo que ayuda a abordar la problemática. Sin embargo, para alcanzar un buen balance, deben tenerse en cuenta el contexto y la forma en la que se aplique el AUDIT-C, así como otro tipo de intervenciones que busquen modificar hábitos de la población.



Aceptabilidad:

El panel, mayoritariamente, consideró que el AUDIT-C podría ser aceptado por población adulta, si está en manos de personal entrenado, que procure un cuidado respetuoso, sin prejuicios ni estigmatización y ofrezca apoyo.

Uso de recursos y costos:

La gran mayoría del panel acordó que el beneficio neto de implementar el AUDIT-C justifica la utilización de recursos que este conlleva. Entre sus argumentos expresó que la inversión que supone implementar este instrumento es baja, considerando que la detección, intervención, prevención y tratamiento podrían afectar positivamente en reducir AVAD atribuibles al consumo de alcohol. Sin embargo, señaló que, para alcanzar un buen balance, debería procurarse una adecuada intervención en un contexto de modificación del modelo de atención que pueda ser culturalmente sensible, socialmente adecuado y se oriente hacia intervenciones sociosanitarias.

Factibilidad de implementación:

En su mayoría, el panel consideró que el AUDIT-C sería fácil de implementar, considerando su breve duración, los pocos recursos materiales y humanos que conlleva, y que no tendría barreras territoriales, aunque podría requerir pequeñas transformaciones del sistema de salud orientadas a brindar capacitación al personal de salud, armar redes institucionales y fortalecer a los equipos interdisciplinarios que lleven adelante la intervención.

Conclusiones del panel:

El panel consideró que la utilización del AUDIT-C como prueba de rastreo inicial conlleva un balance positivo entre los beneficios y riesgos para las personas adultas, sería aceptada en la mayoría de los casos, sería factible de implementar y que el beneficio neto de implementarlo justifica la utilización de los recursos que conlleva.

PC 2.b: ¿En el marco de la IB es eficaz el uso del AUDIT completo (10 preguntas) como prueba diagnóstica de consumo de riesgo y/o perjudicial en población adulta?

P: Población adulta

I: AUDIT

C: Test de referencia

O: Diagnóstico de consumo de riesgo y/o perjudicial de alcohol

Marco GRADE EtD

Resumen de hallazgos:

En personas adultas el AUDIT completo ≥ 8 presentaría alta E para detectar consumo de riesgo o perjudicial de alcohol: entre los siete estudios el rango de S osciló entre 38 y 73% y el de E entre 89 y 97%. **(Baja certeza por estudio observacional)**

Certeza global: baja.

La mayoría del panel acordó con la valoración de la evidencia realizada por el EE.

Balance entre beneficios y riesgos:

El panel, mayoritariamente, consideró que realizar el AUDIT completo (10 preguntas) ante un test de rastreo positivo presentaría un balance positivo entre beneficios y riesgos en personas adultas incluidas personas gestantes. Entre sus argumentos expresó que el AUDIT completo posee una alta E para detectar patrones de consumo, favoreciendo así la detección y consecuente intervención según la persona presente un consumo de riesgo, perjudicial o dependiente. Destacó la necesidad de que el equipo de salud se encuentre capacitado y conozca la estrategia de manejo que debería adoptarse en cada caso, de acuerdo con el patrón de consumo de alcohol identificado.

Aceptabilidad:

El panel acuerda en que el AUDIT completo, como instrumento de evaluación sería bien aceptado por las personas adultas, ya que son preguntas que, realizadas con la actitud empática y comprensiva, sin estigmatizar, no incomodaría a la persona ni se sentiría expuesta. Además, siendo que este grupo poblacional tiene mayor contacto con el sistema de salud, resulta una oportunidad para intervenir tempranamente. Por otro lado, reiteró la importancia de sensibilizar a las autoridades para apoyar estas medidas y capacitar al equipo de salud, responsable de su implementación. Asimismo, señaló la importancia de aplicar el instrumento "sin adjetivar consumos" y ofreciéndole la posibilidad de convertir ese flujo

de información en una herramienta que le permita, en principio, conocer el potencial impacto del consumo de alcohol en su salud, e inmediatamente después, que el usuario tenga la posibilidad de cambiar su conducta de consumo por otra que le aporte mejores niveles de salud.

Uso de recursos y costos:

El panel opinó en forma variada. La mayor parte consideró que la aplicación del AUDIT completo podría no tener impacto considerable o incluso ahorro de costos, ya que no requiere adquisición de equipamiento ni obras de infraestructura, al tiempo que el instrumento permitiría detectar personas en riesgo y así evitar daños graves para la salud y sus costos. En cambio, algunos consideraron que podría generar un moderado impacto por la inversión inicial para capacitar a los equipos de salud y en algunos casos, contratación de personal.

Factibilidad de implementación:

El panel consideró que el AUDIT completo es factible de implementar ya que el instrumento es breve, rápido y flexible. Sin embargo, se resalta la importancia de fortalecer las acciones de capacitación y sensibilización de los equipos de salud; mejorar las condiciones laborales del personal de salud y que se cuente con un espacio y tiempo adecuados para llevar adelante la intervención; y acompañar esta iniciativa con políticas sanitarias que permitan visibilizar esta problemática.

Conclusiones del panel:

El panel consideró que la utilización del AUDIT completo (10 preguntas) ante un test de rastreo positivo presentaría un adecuado balance entre beneficios y riesgos en personas adultas incluidas personas gestantes, sería aceptada en la mayoría de los casos y sería factible de implementar, con un impacto bajo a moderado en los costos o inclusive implicaría un ahorro ya que el AUDIT permitiría detectar personas en riesgo y así evitar daños graves para la salud.

PC 2.c: ¿En el marco de la IB es eficaz el uso del AUDIT-C comparado con el test de referencia como prueba inicial para el rastreo de consumo de riesgo y/o perjudicial en jóvenes?

P: Jóvenes

I: AUDIT-C

C: Test de referencia

O: Rastreo de consumo de riesgo y/o perjudicial de alcohol

Marco GRADE EtD

Resumen de hallazgos:

- En personas jóvenes el AUDIT-C en el punto de corte ≥ 4 presentaría alta S como prueba de rastreo para detectar consumo de riesgo de alcohol entre los hombres: S 97% (IC95% 92 a 99) y E 40% (IC95% 40 a 50). (**Baja certeza por estudio observacional**)
- En personas adultas jóvenes el AUDIT-C en el punto de corte ≥ 3 presentaría una alta S como prueba de rastreo para detectar consumo de riesgo de alcohol entre las mujeres: S 97% (IC95% 92 a 99) y E 40% (IC95% 30 a 50). (**Baja certeza por estudio observacional**)

Certeza global: baja

La mayoría del panel acordó con la valoración de la evidencia realizada por el EE.

Balance entre beneficios y riesgos:

El panel, en su mayoría, consideró que el AUDIT-C, como prueba de rastreo inicial en jóvenes, presenta un balance positivo entre los beneficios y riesgos. Entre sus argumentos expresó que el AUDIT-C es un instrumento de alta S que conlleva un mínimo entrenamiento y puede ser aplicado rápidamente en cualquier contexto. Asimismo, expresó que actúa como puerta de entrada para problematizar el consumo de bebidas alcohólicas en jóvenes y, consecuentemente, aumenta el contacto de las personas jóvenes con el sistema de salud, facilitando la IB, siempre que no se aborde desde un enfoque estigmatizante.



Aceptabilidad:

El panel, mayoritariamente, consideró que el AUDIT-C podría ser aceptado por esta población, aunque en algunos casos podrían no aceptarla, destacando la importancia de aplicar el cuestionario en un contexto adecuado y con un trato respetuoso, sin prejuicios. El panel destacó como fortalezas del AUDIT-C para su aceptabilidad, ser breve y sus preguntas fáciles de entender.

Uso de recursos y costos:

El panel opinó en forma variada. La mayor parte estimó que la implementación del AUDIT-C no acarrearía un impacto considerable en los costos; incluso, podría generar ahorros por tratarse de prácticas preventivas que podrían evitar daños a futuro, gracias a la detección temprana del consumo. Otros miembros consideraron que su implementación implicaría un incremento moderado en el costo por requerir instancias de capacitación y sensibilización al equipo de salud.

Factibilidad de implementación:

La mayoría manifestó que el AUDIT-C podría implementarse con pequeñas transformaciones del sistema de salud, siendo estas, principalmente, capacitaciones adecuadas al equipo y campañas de concientización poblacional. Al mismo tiempo, se mencionó la dificultad que supone superar las barreras que se manifiestan en la cultura de algunos profesionales, que suelen subestimar los potenciales daños del consumo de alcohol y que para hacer sustentable la implementación del AUDIT-C es necesario el liderazgo sostenido de los programas y centralizar la administración de insumos para la capacitación de los equipos de salud.

Conclusiones del panel:

El panel consideró que el AUDIT-C, como prueba de rastreo inicial en jóvenes, presenta un balance positivo entre los beneficios y riesgos, sería aceptada en la mayoría de los casos, destacando la importancia de aplicar el cuestionario en un contexto adecuado y con un trato respetuoso, sin prejuicios y sería factible de implementar. Con relación a los recursos y costos, si bien la mayoría expresaron que no habría un impacto considerable en ellos, algunos consideraron que podría generar un moderado impacto por la capacitación de equipos de salud que debe realizarse.

PC 2.d: ¿En el marco de la IB es eficaz el uso del AUDIT completo (10 preguntas) como prueba diagnóstica de consumo de riesgo y/o perjudicial en jóvenes?

P: Jóvenes

I: AUDIT

C: Test de referencia

O: Diagnóstico de consumo de riesgo y/o perjudicial de alcohol

Marco GRADE EtD

Resumen de hallazgos:

En personas jóvenes el AUDIT con puntaje ≥ 8 presentaría una S y E aceptables para detectar consumo de riesgo o perjudicial de alcohol: el rango de S osciló entre los estudios entre 72 y 88% y para la E entre 78 y 79%. **(Baja certeza por estudio observacional)**

Certeza global: baja.

La mayoría del panel acordó con la valoración de la evidencia realizada por el EE.

Balance entre beneficios y riesgos:

El panel, mayoritariamente, consideró que realizar el AUDIT completo (10 preguntas) ante un test de rastreo positivo, presentaría un balance positivo entre beneficios y riesgos. Entre sus argumentos expresó que el AUDIT completo tiene buena S y E y que sus preguntas permiten identificar el patrón de consumo, facilitando su abordaje, lo que supone una mejora en la calidad de vida de los pacientes.

Aceptabilidad:

La mayor parte consideró que el AUDIT completo podría ser aceptado por esta población, dependiendo de la capacidad del equipo de salud (previamente entrenado) para promover la disposición de las y los jóvenes a responder el cuestionario pero que en algunos casos podrían no aceptarlo. En este sentido, destacó nuevamente la importancia de comunicarse de

manera respetuosa, evitando la culpabilización y estigmatización.

Uso de recursos y costos:

El panel opinó en forma variada. La mayor parte estimó que la implementación del AUDIT completo no acarrearía un impacto considerable en los costos, aunque insume mayor tiempo de implementación y que, al igual que el AUDIT-C, requiere capacitar a los equipos de salud. Por otro lado, algunos miembros del panel consideraron que la implementación del AUDIT completo podría reducir los costos al tratarse de un instrumento de detección temprana, lo que permitiría disminuir los daños asociados al consumo perjudicial o dependencia de alcohol. Otros miembros del panel, por su parte, consideraron que la implementación del AUDIT completo implicaría un incremento moderado en los costos por requerir la inversión en recursos humanos y mecanismos para garantizar la sustentabilidad de la intervención.

Factibilidad de implementación:

La mayoría del panel consideró que la intervención propuesta es fácil de implementar, siempre que se fortalezcan las estrategias de sensibilización y capacitación de los agentes de salud; se tengan en cuenta la diversidad de estructuras ministeriales provinciales; se consideren las condiciones laborales de los equipos de salud y los recursos disponibles para garantizar la implementación.

Conclusiones del panel:

El panel consideró que realizar el AUDIT completo (10 preguntas) ante un test de rastreo positivo, presentaría un adecuado balance entre beneficios y riesgos en jóvenes, sería aceptada en la mayoría de los casos, remarcando la importancia de la comunicación respetuosa, evitando la culpabilización y estigmatización y que sería fácil de implementar. Con relación a los recursos y costos, si bien la mayoría consideró que no habría un impacto considerable en ellos, algunos manifestaron que podría generar un moderado impacto por requerir contratación de personal y mecanismos para garantizar la sustentabilidad de la intervención.



Anexos Metodológicos

La presente Guía se realizó mediante el mecanismo de adaptación de guías, que se enmarca en los estándares metodológicos del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y del sistema GRADE^[22-24].

Anexo 1: Declaración de conflictos de interés

El panel tiene como función principal ponderar las PC a ser respondidas por la guía y valorar las recomendaciones acordes a los criterios del sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) para establecer su fuerza y dirección. Dadas sus funciones deben completar la declaración de conflicto de interés.

En cambio, los profesionales que se detallan como que participaron en alguna etapa del proceso de elaboración no tenían poder de decisión, por lo que no se exigen sus declaraciones.

Un conflicto de interés existe cuando el juicio profesional referente a un interés primario (tal como bienestar de pacientes o la validez de los resultados de la investigación) puede ser influenciado por un interés secundario (tal como aumento financiero o rivalidad personal).

Existe un conflicto de interés cuando el profesional experto (o alguien con quien la/el experta/o mantiene una relación personal cercana) o la institución en la cual trabaja, posee algún interés financiero o de otra naturaleza que podría influenciar su opinión.

Cuando se decide participar en la elaboración de una GPC, se asume la responsabilidad de revelar todas las relaciones personales y económicas que puedan influir en las recomendaciones de la misma.

Cada uno de los integrantes del panel señaló explícitamente si existen o no vínculos que puedan ser interpretados como potenciales conflictos a través de un cuestionario específico a tal fin, con validez de declaración jurada.

En el cuestionario se valoraron para los últimos dos años:

1. Si el/la integrante o la organización a la que representa ha recibido financiamiento por parte de la industria farmacéutica, alimentaria, de bebidas con alcohol, u otras entidades que comercialicen productos que se relacionen con las recomendaciones de la guía de práctica clínica.
2. Si ha aceptado de alguna organización o entidad comercial que pueda verse afectada financieramente por los resultados de las recomendaciones de la GPC: Reembolso por concurrir a algún simposio o evento científico relacionado con el tema de la guía; honorarios para dictar una conferencia o charla relacionada con el tema de la guía; honorarios para la educación dentro de la organización relacionado con el tema de la guía; fondos/beca/subsidio para realizar alguna investigación relacionada con el tema de la guía; honorarios por consultas o asesoramiento relacionado con el tema de la guía, .
3. Si ha sido contratado por alguna organización que pueda verse afectada financieramente a partir de las recomendaciones de la GPC; si posee acciones o bonos de alguna organización o entidad comercial que pueda verse afectada financieramente a partir de las recomendaciones de la GPC.
4. Si posee propiedad actual de una droga, tecnología o proceso (ejemplo: posesión de patente) que sea parte del tema a tratar o esté vinculado a éste.
5. Si en los últimos cinco años ha actuado como experto/a, consultor/a, director/a u otra posición, remunerada o no, en entidades comerciales que tengan intereses en el tema a tratar, o una negociación en curso referida a perspectivas de empleo, u otra asociación.
6. Si tiene otros intereses financieros competentes.
7. Otra clase de conflictos de interés:
 - Una relación cercana con alguna persona que pueda tener ciertos intereses en la publicación de su estudio o revisión.
 - Una relación de compañerismo o rivalidad académica con alguna persona que pueda tener ciertos intereses en la publicación del estudio o revisión.
 - Ser miembro de un grupo político o de interés especial que pueda tener ciertos intereses en la publicación del estudio o revisión.
 - Una convicción personal o religiosa profunda que pudo haber afectado la publicación del estudio o revisión.
8. Otra circunstancia que pudiera afectar la objetividad e independencia en la tarea a desempeñar.

Valoración:

Ninguno de los integrantes del panel manifestó presentar vínculos con la industria de bebidas con alcohol ni otros conflictos de interés que pudieran influir en las recomendaciones de esta GPC.

Las declaraciones individuales se encuentran archivadas en formato digital en la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud de la Nación.

Declaración de independencia editorial del Equipo Elaborador y de redacción

La presente guía fue impulsada, realizada y financiada por el Ministerio de Salud de la Nación Argentina. El EE estuvo compuesto por profesionales de la DNAIENT. Se declara que el equipo gozó de independencia editorial en la redacción de las recomendaciones. La transparencia en la elaboración se fundamenta en utilizar una metodología clara y explícita, acorde a lineamientos internacionales reconocidos.

Anexo 2: Preguntas clínicas, búsqueda bibliográfica y revisión crítica

Preguntas clínicas

Las PC son la matriz metodológica tanto de la búsqueda sistemática y tabla de evidencia, como de la redacción de las recomendaciones. La estructura de las PC comprende: Paciente/población, Intervención, Comparación, *Outcome* (medidas de resultado o desenlaces), estructura conocida con el acrónimo PICO (Tabla A.1.)²²⁻²⁴. El tipo de pregunta se refiere al alcance: prevención, diagnóstico y tratamiento.

Tabla A.1. Matriz de preguntas clínicas PICO



Las PC fueron generadas en consonancia con las áreas clínicas relevantes de los alcances y objetivos, usuarios y destinatarios. Las PC para la elaboración de las GPC se reconocen como de primer nivel (genéricas) y de segundo nivel (o de segunda línea para las tablas SoF).

Una vez formuladas, fueron presentadas al panel y se ponderaron los resultados/desenlaces (*outcome*) según la importancia para la población destinataria, tanto de beneficio como de eventos adversos (ver tablas A.2.1. y A.2.2.). El comparador fue: placebo o comparador activo según cada caso.



Tabla A.2.1. Preguntas clínicas PICO

Nro. PICO	Población	Intervención	Comparador	Outcomes/desenlaces
1.A	Población adulta	Intervención breve	Cuidado habitual	Cualquier reducción en el consumo de bebidas con alcohol, reducción del consumo de riesgo y/o perjudicial de bebidas con alcohol (bajar a menos de 20 g/día en la mujer o 40 g/día en hombres)
1.B	Personas mayores	Intervención breve	Cuidado habitual	
1.C	Personas en estado gestante	Intervención breve	Cuidado habitual	
1.D	Niños, niñas y adolescentes	Intervención breve	Cuidado habitual	
1.E	Jóvenes adultos	Intervención breve	Cuidado habitual	
2.A	Población adulta	AUDIT-C	Test de referencia	Rastreo de consumo de riesgo y/o perjudicial de alcohol
2.B	Población adulta	AUDIT-C	Test de referencia	Diagnóstico de consumo de riesgo y/o perjudicial de alcohol
2.C	Jóvenes adultos	AUDIT-C	Test de referencia	Rastreo de consumo de riesgo y/o perjudicial de alcohol
2.D	Jóvenes adultos	AUDIT-C	Test de referencia	Diagnóstico de consumo de riesgo y/o perjudicial de alcohol

Tabla A.2.2. Desenlaces/medidas de resultado según su valoración como críticos o importantes

Desenlace	Puntaje
Identificación de cualquier consumo de bebidas con alcohol (patrón de consumo)	7
Identificación del consumo riesgo y/o perjudicial de bebidas con alcohol	8
Sensibilidad/Especificidad de los cuestionarios	6
Reducción del consumo de riesgo y/o perjudicial de bebidas con alcohol (reducir a menos de 20 g/día en la mujer o 40 g/día en hombres)	9
Cualquier reducción en el consumo de bebidas con alcohol (incluye reducción de consumo habitual o episódico excesivo ya sea en cantidad o frecuencia)	8
Abstinencia de beber bebidas con alcohol en el embarazo	8
Daño para sí o para terceros/otros (ej. lesiones, siniestros, discapacidad, daño fetal, etc.)	9
Abstinencia de beber bebidas con alcohol ante la dependencia	9

Estrategias de búsqueda de GPC

Se realizó una búsqueda exhaustiva de Guías internacionales disponibles en castellano e inglés. La misma se realizó por internet utilizando los descriptores “alcohol”, “alcohol use”, “alcoholism”, “risky alcohol use”, “unhealthy alcohol use”, “alcohol use disorder”, “adolescents-adults-pregnant” “Alcoholism/prevention and control” [MAJR] y “guidelines”, “recommendation”, “alcohol”, “alcoholismo”, “cese del uso”, “embarazo”, “adolescentes”, “guías”, “guías de práctica clínica”, “recomendaciones”, que tomó el período 2015-2021. Tanto la búsqueda como los resultados fueron revisados de manera independiente por dos expertas en metodología (ML y BC), con el objeto de identificar los trabajos potencialmente relevantes. En el caso de guías que actualizaban documentos previos, se revisaron los documentos originales.

Se utilizaron en varios motores de búsqueda: Google <http://www.google.com.ar/>, Google Académico <http://scholar.google.com.ar/>, Pubmed www.ncbi.nlm.nih.gov, Trip Database <http://www.tripdatabase.com/>, Centre for Evidence Based Medicine, <http://www.cebm.net>, Agency for Healthcare of Reasearch and Quality <https://www.ahrq.gov/>, Guías de Práctica Clínica en el Centro Nacional de Salud (España), <http://www.guiasalud.es/home.asp>, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) <http://www.sign.ac.uk/>, Guidelines International Network <http://www.g-i-n.net>, International Network of Agencies for Health Technology Assessment <http://www.inahta.org/>, Ministerio de Salud de la Nación de Chile, DIPRESE, <https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-auge/> Base Internacional de Guías GRADE OPS/OMS sites.bvsalud.org/bigg/biblio/.

Revisión crítica de las GPC

La calidad de las GPC fue evaluada utilizando el instrumento AGREE II (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation) [25]. Distingue seis áreas que suman 23 criterios: (1) alcances y objetivos; (2) participación de los implicados; (3) rigor en la elaboración; (4) claridad y presentación; (5) aplicabilidad y (6) independencia editorial. Las GPC fueron calificadas en estos 23 criterios por cinco observadores independientes (DD, AC, ML, MV y BC). Los resultados de la evaluación fueron volcados en una planilla de cálculo Microsoft Excel ®. Los desacuerdos entre los evaluadores fueron resueltos por consenso simple.

El EE prefirió usar la evaluación AGREE + ADOLOPMENT por encima del uso del instrumento AGREE-REX no disponible en español.

Figura 2. Calidad de las GPC por instrumento AGREE II



Se seleccionaron como insumo aquellas GPC que presentaban concordancia con los alcances y objetivos de esta GPC, respondían a las PC, eran de buena calidad metodológica (puntaje superior al 70% en “rigor en la elaboración” con el instrumento AGREE II), brindaban las estrategias de búsquedas sistemáticas y tenían disponible la extracción de la



evidencia. Ninguna GPC aportó perfiles de evidencia GRADE. (tablas A.3. grilla GRADE- ADOLOPMENT: las tres GPC seleccionadas se señalan en negrita).

Tabla A.3. Grilla GRADE-ADOLOPMENT

Guías de Práctica Clínica: número de identificación, nombre completo, entidad elaboradora y vigencia	Concordancia: alcances y objetivos	Responde a las PC	Calificación AGREE II: Rigor de la elaboración	Brinda estrategia de búsqueda	Idioma	Brinda tablas de evidencia GRADE
GPC 1. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults. US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. 2018 (USPSTF)^[26]	Si	Adolescentes y adultos	88%	Si	Inglés	No
GPC 2. Canadian Guidelines on Alcohol Use Disorder Among Older Adults. Canadian Geriatrics Society. 2020^[30]	Si	Adultos mayores	83%	Si	Inglés	No
GPC 3. Guideline No. 405: Screening and Counselling for Alcohol Consumption During Pregnancy. J Obstet Gynaecol Can. 2020	Si	Embarazadas	47%	Si	Inglés	No
GPC 4. Engaging Clients Who Use Substances. RNAO. Nurses' Association of Ontario. 2019	Parcial	Si	98%	Genérica	Inglés	No
GPC 5. Alcohol-use disorders: diagnosis and management Quality standard. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Reino Unido. 2011/2019 (NICE)^[27]	Si	Si	77%	Si	Inglés	No
GPC 6. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the management of substance use disorders. The Department of Veterans Affairs and the Department of Defense. USA. 2015	Si	Si	78%	Si	Inglés	No
GPC 7. Alcohol misuse, screening, diagnosis and treatment. Société Française d'Alcoologie, Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA), European Federation of Addiction Societies (EUFAS). 2015	Parcial	Si	81%	Si	Inglés y francés	No

* NICE 2011/2019 se relaciona con dos documentos PH24 que llamaremos GC115 que llamaremos NICE-Diagnóstico, evaluación y manejo (NICE-DEM)^[28] y NICE-prevención^[29].

Búsqueda exhaustiva y revisión crítica de RS-MA

Para responder a las PC, los hallazgos de las GPC fueron actualizados/complementados con la búsqueda de RS-MA específicas y relevantes para cada población, por dos expertos en metodología (ML y BB).

Los motores de búsqueda fueron Google Scholar, Pubmed, Epistemonikos y Cochrane collaboration, utilizando los términos "meta-analysis AND alcohol misuse" para las intervenciones de cada PC. Se incluyeron aquellos documentos posteriores al año 2015, accesibles en texto completo en inglés o español.

Anexo 3. Perfiles de evidencia y tablas de resumen

Perfiles de evidencia

Contienen información detallada acerca de la evaluación de la calidad de la evidencia y el resumen de hallazgos para cada desenlace individual incluido. Ayudan a asegurar que los juicios que hagan sean sistemáticos y transparentes y permite a los demás inspeccionar estos juicios acerca de los factores: riesgo de sesgo, inconsistencia, evidencia indirecta, imprecisión y otras consideraciones que determinan la calidad de la evidencia (alta, moderada, baja o muy baja) para cada desenlace y los resultados estadísticos claves. Así se obtiene la calificación global de la evidencia basada en los desenlaces críticos.

El diseño del estudio se refiere al tipo de estudio: se considera que la calidad de la evidencia, como punto de partida es alta para el ensayo clínico aleatorizado (ECA) y baja para los estudios observacionales.

A partir de aquí, los aspectos/factores por los que puede subir o bajar la certeza son:

- La calidad metodológica hace referencia a los métodos utilizados y a su realización para cada resultado. La valoración de la evidencia puede bajar en (-1) (-2), en función de las limitaciones metodológicas de los ECA y aumentar o disminuir en el caso de los estudios observacionales.
- La consistencia se refiere a la similitud en las estimaciones del efecto entre los estudios para las variables de resultado. Si hay inconsistencias importantes sin una causa que lo explique, la calidad puede disminuir.
- La precisión se refiere al grado de certeza de la estimación del efecto para cada resultado importante. El criterio principal es el intervalo de confianza. La calidad puede bajar cuando el intervalo de confianza cruza el umbral de decisión clínica entre recomendar y no recomendar la intervención o cuando a pesar de tener un intervalo de confianza adecuado, la muestra es pequeña o la tasa de eventos muy baja (tamaño óptimo de información -TOI).
- El tipo de evidencia directa o indirecta indica hasta qué punto los sujetos, las intervenciones, las comparaciones y los resultados de los estudios son similares a la pregunta de nuestro interés. En el caso de existir algún grado de incertidumbre acerca de si la evidencia es directa, se disminuye una o dos categorías.
- Otros aspectos que podrían disminuir la calidad de la evidencia son disponer de datos imprecisos y sospechar un sesgo de información (ej. reporting bias).

Para cada resultado clínico la calidad de la evidencia se califica como: alta, moderada, baja o muy baja.

Tablas de resumen de evidencia (“Summary of Findings” o SoF)

Las tablas SoF presentan en un formato ágil y accesible los hallazgos clave, principalmente de las RS-MA. Se construye en base a 5 componentes fundamentales: pregunta clínica PICO, desenlaces (principalmente los valorados como críticos), estimadores de efecto, certeza de la evidencia (cuyo detalle de los juicios de la calidad de la evidencia están contenidos en el perfil de evidencia) y descripción narrativa de los resultados (¿qué pasa?).

El sistema GRADE utiliza un vocabulario para traducir la certeza de la evidencia y el tamaño del efecto de una intervención a un modo narrativo (¿qué pasa?). Se elaboran a través de un método estandarizado que usa frases como “reduce” (certeza alta), “probablemente reduce” (certeza moderada), “podría reducir” (certeza baja), y “hay incertidumbre” (certeza muy baja). También se acompaña de adjetivos que expresan el tamaño del efecto como “ligeramente”, “poca o ninguna diferencia”, etc.

El formato estándar de las tablas SoF incluye:

- La lista de los desenlaces,
- El riesgo asumido o riesgo basal del grupo control,
- El riesgo correspondiente: medición de la carga de los desenlaces después de aplicada la intervención,
- El efecto relativo, para desenlaces dicótomos la tabla proveerá usualmente el RR, OR o HR.
- El número de participantes y el número y diseño de los estudios,
- Calificación de la certeza global de la evidencia para cada desenlace (puede variar entre desenlaces),
- ¿Qué pasa?: una valoración sobre la magnitud del efecto absoluto y la certeza en la evidencia,
- Explicaciones en caso de ser necesario, acerca de la información en la tabla. por ej; los factores por los que se bajó o subió la calidad.
- Comentarios (de ser necesarios).



Las RS-MA que abordan más de una comparación principal (ej. varias intervenciones), requieren tablas SoF por separado para cada comparación. Es probable que todos los estudios relevantes para la pregunta de investigación no proporcionen evidencia para cada uno de los desenlaces. Teniendo en cuenta que la mayoría de las RS-MA no abordan de forma adecuada todos los desenlaces relevantes, el proceso GRADE debe soportarse en una o más revisiones sistemáticas.

Tabla Sof 1.a. Intervención breve comparado con no hacerla para reducción del consumo de riesgo o perjudicial de alcohol en personas adultas

Desenlace Nº de participantes (estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)		Certeza	Qué pasa
			Diferencia		
<p>Reducción del consumo de alcohol semanal</p> <p>Evaluated con: g/semanas</p> <p>Seguimiento: media de 1 año</p> <p>Nº de participantes: 15.197 (34 ECA) ¹</p>	-	La media del consumo de alcohol era 238 g/semanas	<p>DM 20,08 g/semana menor</p> <p>(28,36 menor a 11,81 menor)</p>	<p>⊕⊕⊕○</p> <p>MODERADA ^a</p>	La intervención breve muy probablemente reduzca el consumo de alcohol semanal (gr/semana) en personas adultas con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol.
<p>Reducción de eventos de consumo excesivo de alcohol</p> <p>Evaluated con: número de atracones/semana</p> <p>Seguimiento: media de 1 año</p> <p>Nº de participantes: 6.946 (15 ECA) ¹</p>	-	La media de frecuencia de consumo excesivo de alcohol era 0,98 número de atracones por semana	<p>DM 0,08 número de atracones por semana menor</p> <p>(0,14 menor a 0,02 menor)</p>	<p>⊕⊕⊕○</p> <p>MODERADA ^a</p>	La intervención breve muy probablemente reduzca la frecuencia del consumo excesivo de alcohol (número de atracones/semana) en personas adultas con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol.
<p>Reducción de la intensidad de consumo diario</p> <p>Evaluated con: gr/día de consumo</p> <p>Seguimiento: media de 1 año</p> <p>Nº de participantes: 3.128 (10 ECA) ¹</p>	-	La media intensidad de consumo era 55 g/día de consumo	<p>DM 0,18 g/día de consumo menor</p> <p>(3,09 menor a 2,73 más alto)</p>	<p>⊕⊕⊕○</p> <p>BAJA ^{a,b}</p>	La intervención breve podría tener poco o ningún efecto sobre el consumo diario de alcohol (gr/día de consumo) en personas adultas con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol.

Explicaciones

- a. Riesgo de sesgo: falta de cegamiento en los pacientes y los médicos.
- b. Imprecisión: el IC95% atraviesa el punto de no efecto.

Referencias

1. Kaner EFS, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, Daeppen JB, Saunders JB, Saunders JB, Burnand B. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 2. Art. No.: CD004148. DOI: 10.1002/14651858.CD004148.pub4.

Tabla Sof 1.1.b. Intervención breve comparado con cuidado habitual para personas mayores con consumo de riesgo o perjudicial

Paciente o población: personas mayores con consumo de riesgo o perjudicial

Configuración: ambulatorio

Intervención: intervención breve

Comparación: cuidado habitual

Desenlace Nº de participantes (estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)		Certeza	Qué pasa
			Diferencia		
Consumo de alcohol Evaluado con: número de unidades estándar* en días o semanas Seguimiento: rango 3 a 6 meses Nº de participantes: 3.591 (8 ECA) ¹ media de edad entre 59 y 77 años	-	-	DME 0,18 DE menos (0,28 menos a 0,07 menos)	⊕⊕⊕○ Moderado ^a	La intervención breve muy probablemente reduzca el consumo de alcohol en personas mayores con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol a 3 a 6 meses.
Consumo de alcohol Evaluado con: número de unidades estándar en días o semanas Seguimiento: 12 meses Nº de participantes: 2.788 (6 ECA) ¹			DME fue 0,16 menos (0,3 menos a 0,01 menos)	⊕⊕⊕○ Moderado ^a	La intervención breve muy probablemente reduzca el consumo de alcohol en personas mayores con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol a 12 meses.

Explicaciones

a. Riesgo de sesgo: la mayoría de los estudios tenían riesgo de sesgo incierto.

* El IMA no reporta cuántos gramos de alcohol se consideró que contenía una unidad estándar en los diferentes estudios. Según la Organización Mundial de la Salud, una unidad estándar de alcohol en Canadá y Estados Unidos contiene 13 a 14 g de alcohol, lo que equivale aproximadamente a 330 ml de cerveza al 5%, 140 ml de vino al 12%, 40 ml de bebidas espirituosas al 40%.²

Referencias

1. Sarah Kelly, Olawale Olanrewaju, Andy Cowan, Carol Brayne, Louise LaFortune. Interventions to prevent and reduce excessive alcohol consumption in older people: a systematic review and meta-analysis. Age and Ageing; 2017.

2. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C. OPS. 2008.

SoF 1.c.1. Intervención breve comparado con asesoramiento breve para reducción del consumo de alcohol en personas en estado gestante

Paciente o población: reducción del consumo de alcohol en mujeres en estado gestante
Configuración: ambulatoria en Argentina
Intervención: intervención breve
Comparación: asesoramiento breve

Desenlace No de participantes (estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Sin intervención breve	Con intervención breve	Diferencia		
Reducción del consumo de alcohol (cantidad) Evaluado con: autoinforme Seguimiento: media 3 meses No de participantes: 486 (1 ECA) ¹	RR 0,91 (0,76 a 1,09)	51,7%	47,1% (39,3 a 56,4)	4,7% menos (12,4 menos a 4,7 más)	⊕⊕⊕○ Moderado ^a	La intervención breve comparada con el asesoramiento breve probablemente reduzca levemente la cantidad de alcohol consumido por personas en estado gestante.
Reducción del consumo de alcohol (frecuencia) Evaluado con: autoinforme Seguimiento: media 3 meses No de participantes: 486 (1 ECA) ¹	RR 0,90 (0,75 a 1,08)	51,3%	46,2% (38,5 a 55,4)	5,1% menos (12,8 menos a 4,1 más)	⊕⊕⊕○ Moderado ^a	La intervención breve comparada con el asesoramiento breve probablemente reduzca levemente la frecuencia de alcohol consumido por personas en estado gestante.
Reducción del consumo excesivo de alcohol (CEEA o atracción) Evaluado con: autoinforme Seguimiento: media 3 meses No de participantes: 486 (1 ECA) ¹	RR 0,98 (0,81 a 1,19)	47,0%	46,1% (38,1 a 55,9)	0,9% menos (8,9 menos a 8,9 más)	⊕⊕⊕○ Moderado ^a	La intervención breve comparada con el asesoramiento breve probablemente produzca un efecto similar en relación con el consumo episódico excesivo de alcohol en personas en estado gestante.

Explicaciones

a. Imprecisión: El IC95% atraviesa el punto de no efecto, pudiendo generar sus extremos tanto beneficios como de no efecto.

Referencias

1. Paula V. Gimenez, Aldana Lichtenberger, Mariana Cremonte, Cheryl J. Cherpitel, Raqu.

SoF 1.c.2. Intervención breve comparado con cuidado habitual para reducción del consumo de alcohol en personas en estado gestante

Paciente o población: abstinencia del consumo problemático de alcohol en personas en estado gestante

Configuración: ambulatoria

Intervención: intervención breve

Comparación: cuidado habitual

Desenlace Nº de participantes (estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)		Certeza	Qué pasa
		Sin intervención breve	Con intervención breve		
Reducción del consumo de alcohol Medido con: autoreporte Seguimiento: rango 1 a 9 meses Nº de participantes: 3.129 (13 ECA) ¹	13 estudios evaluaron reducción en el consumo de alcohol: 5 estudios informaron hallazgos significativos a favor del grupo intervención breve y los otros 8 mostraron una reducción similar en ambos grupos.			⊕⊕○○ Baja ^{a, b}	La intervención breve comparada con el cuidado habitual podría reducir el consumo de alcohol en personas en estado gestante.
Abstinencia de beber alcohol Medido con: autoreporte Seguimiento: media 9 meses Nº de participantes: 345 (1 ECA) ²	OR 5,39 (1,59 a 18,25)	24,6%	63,7% (34,1 a 85,6)	⊕⊕⊕○ Moderado ^c	La intervención breve comparada con la sola evaluación muy probablemente aumenta la abstinencia de alcohol en personas en estado gestante.
Abstinencia de beber alcohol Medido con: autoreporte Seguimiento: rango 2 a 9 meses Nº de participantes: 726 (5 ECA) ¹	5 estudios evaluaron abstinencia: 2 mostraron beneficio en aumentar la abstinencia de beber alcohol y los otros 3 mostraron efectos similares entre ambas ramas.			⊕⊕○○ Baja ^{a, b}	La intervención breve comparada con el cuidado habitual podría aumentar la abstinencia de alcohol en personas en estado gestante.

Explicaciones

a. Riesgo de sesgo: pérdida en el seguimiento.

b. Imprecisión: falta de diferencia en el efecto entre la intervención y el control (aunque podría atribuirse a la sensibilidad de las embarazadas a cuidar a su hijo por lo cual la mínima intervención también sería efectiva).

c. Riesgo de sesgo: pérdida de seguimiento 26% (evaluación n=45/183, 24,6%; intervención breve n=45/162, 27,8%; prueba exacta de Fisher p=1).

Referencias

1. Eng MN, Smirnov A, Reid N. Prevention of Alcohol-Exposed Pregnancies and Fetal Alcohol Spectrum Disorder Among Pregnant and Postpartum Women: A Systematic Review. Alcohol Clin Exp Res. 2020 Dec;44(12):2431–48.
2. O'Connor MJ, Whalley SE. Brief intervention for Alcohol Use by Pregnant Women [Internet]. Vol. 97, American Journal of Public Health. 2007. p. 252–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.2005.077222>.

SoF 1.d.1. Intervención breve comparado con cuidado habitual para reducción del consumo de alcohol en adolescentes

Paciente o población: adolescentes
Configuración: ambulatoria
Intervención: intervención breve
Comparación: cuidado habitual

Desenlace Nº de participantes (estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)			Certeza	Qué pasa
		Sin intervención breve	Con intervención breve	Diferencia		
Reducción del consumo de alcohol Evaluado con: autoreporte Seguimiento: media 6 meses Nº de participantes: 273 (2 ECA) ^{1, a}	Uno de los estudios mostró una disminución del consumo de alcohol durante los 30 días previos: hombres en el grupo de intervención breve 0,52 redujo a 0,25; comparado con el grupo control que de 0,50 aumentó 0,81 (p<0,05); y en mujeres grupo intervención 1,19 redujo a 0,8 comparado con el grupo control 0,69 pasó a 0,8 (p>0,05). El otro estudio mostró en adolescentes de alto riesgo una reducción de la cantidad de bebidas por semana= DM - 4,41 (IC95% -7,46 a -1,36).				⊕⊕○○ Baja ^{b, c}	La intervención breve reduciría el consumo de alcohol en adolescentes.
Reducción de consumo episódico excesivo de alcohol (CEEA) Evaluado con: autoreporte Seguimiento: media 6 meses Nº de participantes: 154 (1 ECA) ^{1, d}	OR 0,29 (0,09 a 0,98)	91,9%	76,7% (50,5 a 91,7)	15,2% menos (41,4 menos a 0,2 menos)	⊕⊕⊕○ Moderada ^c	La intervención breve muy probablemente reduzca el consumo episódico excesivo de alcohol (CEEA) en adolescentes con consumo de alto riesgo.
Reducción del consumo de alcohol de alto riesgo Evaluado con: autoreporte Nº de participantes: 149 (1 ECA) ^{2, e}	El consumo de alto riesgo para tamizaje, evaluación e intervención vs solo tamizaje= OR 0,24 (IC95% 0,08 a 0,74) y para tamizaje, evaluación e intervención vs tamizaje y evaluación= 0,23 (IC95% 0,07 a 0,75).				⊕⊕○○ Baja ^{b, c}	La intervención breve reduciría el consumo de alcohol de alto riesgo en adolescentes en nuestro medio.

Explicaciones

- Escala utilizada para disminución del consumo de alcohol de 0 a 7: 0= 0 días, 1= 1 a 2 días, 2= no se informó, 3= 2 a 5 días, 4= 6 a 9 días, 5= 10 a 19 días, 6= 20 a 29 días, 7=> 30 días.
- Escala utilizada para disminución del consumo de alcohol de 0 a 7: 0= 0 días, 1= 1 a 2 días, 2= no se informó, 3= 2 a 5 días, 4= 6 a 9 días, 5= 10 a 19 días, 6= 20 a 29 días, 7=> 30 días.
- Riesgo de sesgo por reporte selectivo.
- Imprecisión: por no alcanzar TOI.
- Los participantes fueron adolescentes con consumo de alcohol de alto riesgo (con más de dos episodios de consumo intensivo en los 30 días previos).
- Los participantes se aleatorizaron a 3 ramas de estudio: grupos controles= G1: tamizaje; G2: tamizaje y evaluación; grupo intervención: G3: tamizaje, evaluación e intervención.

Referencias

- O'Connor EA, Perdue LA, Senger CA, Rushkin M, Patnode CD, Bean SI et al. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: An Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2018.
- Conde K, Brandariz RA, Lichtenberger A, Cremonese M. The Effectiveness of a Brief Intervention for Reducing Adolescent Alcohol Consumption. Rev Cienc Salud. 2018;16(3):393-407. doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7261>.

Sof 1.d.2. Intervención breve comparado con cuidado habitual para reducción del consumo de alcohol en jóvenes de 19 a 30 años

Paciente o población: jóvenes de 19 a 30 años

Configuración: ambulatoria

Intervención: intervención breve

Comparación: cuidado habitual

Desenlace Nº de participantes (estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)		Certeza	Qué pasa
		Sin intervención breve	Con intervención breve		
Reducción del consumo de alcohol semanal Evaluado con: autorreporte Seguimiento: rango 6 a 12 meses Nº de participantes: 6935 (14 ECA) ¹	Bebidas por semanas: reducción en el grupo intervención vs grupo control DM -0,86 IC95% -1,29 a -0,43.			⊕⊕⊕○ Moderada ^c	La intervención breve muy probablemente reduce el consumo de alcohol semanal en jóvenes.
Reducción de consumo episódico excesivo de alcohol (CEEA) Evaluado con: autorreporte Seguimiento: media 6 meses Nº de participantes: 2247 (2 ECA) ¹	OR 0,81 (0,63 a 1,05)	62,0%	57,0% (50,7 a 63,2)	⊕⊕⊕○ Moderada ^a	La intervención breve muy probablemente reduce el número de consumo episódico excesivo de alcohol (CEEA) en jóvenes.
Reducción de consumo de alcohol Evaluado con: instrumento AUDIT Nº de participantes: 158 (1 ECA) ²	Las medias de puntajes AUDIT iniciales fueron para evaluación solamente M=6,03 (DE=3,11), intervención breve M=5,24 (DE=2,41). Las medias de puntaje AUDIT finales fueron para evaluación solamente M=4,11 (DE=2,82), intervención breve M=1,92 (DE=1,53); p=0,001.			⊕⊕○ Baja ^{b, c}	La intervención breve comparada con la evaluación solamente reduciría el consumo de alcohol en jóvenes de nuestro medio.

Explicaciones

a. Imprecisión: el IC95% atraviesa el punto de no efecto, pudiendo sus extremos generar tanto beneficios como de no efecto.

b. Imprecisión: no cumple con el tamaño óptimo de la información.

c. Riesgo de sesgo por reporte selectivo.

Referencias

1. O'Connor EA, Perdue LA, Senger CA, Rushkin M, Patnode CD, Bean SI et al. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: An Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2018.

2. Gimenez, P. V., Conde, K., Lichtenberger, A., Peltzer, R., & Cremonte, M. Preliminary results of a study on the effectiveness of Normative Feedback as an active ingredient of Brief Intervention to reduce alcohol consumption among university students in Argentina. Grupo de Sustancias Psicoactivas y Lesiones por Causa Externa. Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología (IPSIBAT)-UNMdP-CONICET. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina. 2018.

Sof 2.a. AUDIT-C comparado con test de referencia para detección de consumo de riesgo de alcohol en adultos

Paciente o población: adultos

Configuración: ambulatoria

Intervención: AUDIT-C

Comparación: test de referencia

Diseño No. de participantes (estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)		Certeza	Qué pasa
			Diferencia		
Exactitud del AUDIT-C en el punto de corte de ≥5 entre los hombres No. de participantes: (1 estudio observacional) ¹	S=92% (IC95% 82 al 97%) y E=74 (IC95% 63 al 83%).			⊕⊕○○ Baja ^a	En personas adultas el AUDIT-C en el punto de corte ≥5 presentaría alta sensibilidad y aceptable especificidad como prueba de rastreo de consumo de riesgo de alcohol entre los hombres.
Exactitud del AUDIT-C en el punto de corte de ≥4 entre las mujeres No. de participantes: (2 estudios observacional) ¹	Rango que osciló en todos los estudios para sensibilidad entre 89 y 91% y especificidad entre 68 y 72%.			⊕⊕○○ Baja ^a	En personas adultas el AUDIT-C en el punto de corte ≥4 presentaría alta sensibilidad y aceptable especificidad como prueba de rastreo de consumo de alcohol entre las mujeres.

Explicaciones

a. Calidad baja por estudio observacional.

Referencias

1. O'Connor EA, Perdue LA, Senger CA, Rushkin M, Patnode CD, Bean SI, Jonas DE. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: An Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis No. 171. AHRQ Publication No. 18-05242-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2018.

Sof 2.b. AUDIT ≥ 8 comparado con test de referencia para detección de consumo de riesgo de alcohol en personas adultas

Paciente o población: personas adultas

Configuración: ambulatorio

Intervención: AUDIT >8

Comparación: test de referencia

Desenlace No de participantes (estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)		Certeza	Qué pasa
			Diferencia		
Nuevo desenlace No de participantes: (7 estudios observacionales) ¹	Entre los siete estudios el rango de sensibilidad osciló entre 38 y 73% y el de especificidad entre 89 y 97%.			⊕⊕○○ Baja ^a	En personas adultas el AUDIT ≥ 8 presentaría alta especificidad para detectar consumo de riesgo o perjudicial de alcohol.

Explicaciones

a. Calidad baja por estudio observacional.

Referencias

1. O'Connor EA, Perdue LA, Senger CA, Rushkin M, Patnode CD, Bean SI, Jonas DE. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: An Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis No. 171. AHRQ Publication No. 18-05242-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2018.

Sof 2.c. AUDIT-C comparado con test de referencia para detección de consumo de alcohol en personas adultas jóvenes.

Paciente o población: personas adultas jóvenes

Configuración: ambulatoria

Intervención: AUDIT-C >4

Comparación: test de referencia

Diseño No de participantes (estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)		Certeza	Qué pasa
			Diferencia		
Exactitud del AUDIT-C en el punto de corte de ≥4 entre los hombres No de participantes: (1 estudio observacional) ¹	S=97% (IC95% 92 a 99) y E=40% (IC95% 40 a 50).			⊕⊕○○ Baja ^a	En personas adultas jóvenes el AUDIT-C en el punto de corte ≥4 presentaría alta sensibilidad como prueba de rastreo para detectar consumo de riesgo de alcohol entre los hombres.
Exactitud del AUDIT-C en el punto de corte de ≥3 entre las mujeres No de participantes: (1 estudio observacional) ¹	S=97% (IC95% 92 a 99) y E=40% (IC95% 30 a 50).			⊕⊕○○ Baja ^a	En personas adultas jóvenes el AUDIT-C en el punto de corte ≥3 presentaría una alta sensibilidad como prueba de rastreo para detectar consumo de riesgo de alcohol entre las mujeres.

Explicaciones

a. Calidad baja por estudio observacional.

Referencias

1. O'Connor EA, Perdue LA, Senger CA, Rushkin M, Patnode CD, Bean SI, Jonas DE. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: An Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis No. 171. AHRQ Publication No. 18-05242-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2018.

Sof 2.d. AUDIT ≥ 8 comparado con test de referencia para detección de consumo de alcohol en personas adultas jóvenes.

Paciente o población: personas adultas jóvenes
Configuración: ambulatoria
Intervención: AUDIT ≥ 8
Comparación: Test de referencia

Desenlace Nº de participantes (estudios)	Efecto relativo (IC95%)	Efectos absolutos anticipados (IC95%)		Certeza	Qué pasa
			Diferencia		
Nuevo desenlace Nº de participantes: (2 estudios observacionales) ¹	El rango de sensibilidad osciló entre los estudios entre: 88% y para la especificidad entre 78 y 79%.			⊕⊕○○ Baja ^a	En personas adultas jóvenes el AUDIT ≥8 presentaría una sensibilidad y especificidad aceptables para detectar consumo de riesgo o perjudicial de alcohol.

Explicaciones

a. Calidad baja por estudio observacional.

Referencias

1. O'Connor EA, Perdue LA, Senger CA, Rushkin M, Patnode CD, Bean SJ, Jonas DE. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: An Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis No. 171. AHRQ Publication No. 18-05242-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2018.

Anexo 4. Resumen completo de la evidencia

NOTA: la valoración de la calidad de la evidencia fue realizada por el EE, pudiendo diferir de la valoración de la RS-MA de la que proceden.

Población adulta y adulta mayor

Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis (RS-MA) y estudios individuales

La IB muy probablemente identifique el consumo de alcohol y lo reduzca al año. Una RS-MA Cochrane publicada por Kaner y col. en 2018 (actualización de la 2007)^[31] evaluó la efectividad del rastreo y la IB para reducir el consumo de alcohol en personas con consumo de riesgo o perjudicial, en la práctica general o en atención de emergencia. Se realizó la búsqueda hasta septiembre de 2017. Se incluyeron 69 ECA (n=33.642, 42 ECA nuevos para esta actualización n=24.057). La mayoría de las intervenciones se realizaron en la práctica general (38 ECA, 55%) o en la atención de emergencia (27 ECA, 39%); 61 ECA (88%) compararon la IB con una intervención mínima o ninguna. Las intervenciones extendidas se compararon con IB (4 ECA, 6%), mínima o ninguna intervención (7 ECA, 10%). Pocos estudios se dirigieron a grupos de edad específicos: adolescentes o adultos jóvenes (6 ECA, 9%) y adultos mayores (4 ECA, 6%). El consumo medio de alcohol al inicio fue de 244 g/semana (30,5 unidades estándar del Reino Unido) entre los estudios que informaron estos datos. Las principales fuentes de sesgo fueron la deserción y la falta de cegamiento del proveedor o del participante. El MA primario incluyó 34 ECA (n=15.197) mostró que los participantes que recibieron una IB consumieron menos alcohol que los participantes con una intervención mínima o sin intervención después de un año (DM -20 g/semana IC95% -28 a -12; I2=73%). (moderada certeza por riesgo de sesgo). Un análisis de subgrupos por género mostró que tanto hombres como mujeres redujeron el consumo de alcohol después de recibir una IB. La IB para reducir el consumo de alcohol mostró un pequeño efecto en relación con la frecuencia de los atracones por semana (DM -0,08 IC95% -0,14 a -0,02; 15 ECA, n=6.946); y de los días de bebida por semana (DM -0,13 IC95% -0,23 a -0,04; 11 ECA, n=5.469). La intensidad de consumo (DM -0,2 g/día de consumo IC95% -3,1 a 2,7; 10 ECA, n=3.128) mostró imprecisión. Sólo 5 ECA informaron efectos adversos. Ningún participante experimentó efectos adversos en 2 ECA; un ensayo informó que la IB aumentó el consumo excesivo de alcohol en las mujeres y 2 ECA informaron eventos adversos al conducir, pero concluyeron que eran equivalentes en ambos brazos del estudio. Las fuentes de financiación fueron informadas por 67 estudios (87%). Con dos excepciones, los estudios fueron financiados por institutos gubernamentales, organismos de investigación o fundaciones benéficas. Un estudio fue financiado en parte por una empresa farmacéutica y una asociación de cerveceros y otro por una empresa que desarrolla equipos de pruebas de diagnóstico.

La intervención breve muy probablemente reduzca el consumo de alcohol en personas de 16 o más años. Una RS-MA (Platt y col. 2016)^[32] incluyó 52 ECA (n=29.891) que midió la efectividad de las IB para reducir el consumo de alcohol en personas de 16 años o más sin problemas de salud complejos ni que hubiesen buscado ayuda en centros especializados en adicciones, servicios de salud mental o clínicas prenatales, con un seguimiento medio de 9 meses. Las IB se definieron como discusiones persona a persona sobre el alcohol entre una y cuatro sesiones y no más de 2 horas de tiempo total de intervención. El resultado primario de interés fue una medida cuantitativa continua del consumo total de alcohol dentro de un período de tiempo específico (bebidas estándar, gramos de etanol o días de consumo) donde se midió la diferencia media estandarizada (DME) entre el grupo de intervención breve y el grupo de control en el momento del seguimiento. La mayoría de los estudios se originaron en Europa o América del Norte, con la excepción de tres estudios de Australia, Taiwán y Tailandia. El 68% de los estudios se realizaron en hospitales o servicios de urgencias, 6 estudios se realizaron en entornos comunitarios definidos (militares, sitios de investigación que reclutaron una muestra a través de una encuesta de hogares, mujeres en riesgo de embarazo, expuestas al alcohol, reclutados a través de los medios de comunicación, en una prisión, un centro de salud comunitario y un centro de ginecología), otro estudio se realizó en un entorno de justicia penal. Los proveedores de las intervenciones fueron consejeros en el 43% de los estudios, y médicos en el 24% de los estudios. Una categoría minoritaria de diferentes proveedores (8%) incluyó una combinación de psicólogos, trabajadores sociales o enfermeras de investigación. Las categorías de intervención estuvieron bien distribuidas, aunque la mayoría de los ensayos (47%) incluyeron EM solamente y el 39% incluyó EM "plus". Un total de 50 ensayos informaron resultados que miden la cantidad de alcohol consumido con un seguimiento medio de nueve meses. La mayoría (71%) de los estudios se clasificaron como de bajo riesgo de sesgo en relación con la asignación al azar y las estrategias de ocultación de la asignación. En la mayoría de los estudios, el proceso utilizado para evaluar el cegamiento de los participantes y los proveedores, así como la evaluación de los resultados, no fue claro. Se realizó un análisis por intención de tratar en el 47% de los estudios y se evaluaron las pérdidas durante el seguimiento en la mayoría (80%) de los estudios.



La intervención breve muy probablemente reduzca la cantidad de alcohol consumido. El efecto medio de la frecuencia del consumo de alcohol ajustado por tiempo de la intervención breve fue DME $-0,15$ IC95% $-0,20$ a $-0,11$; I²=23%; y para frecuencia de ocasiones de beber DME $-0,12$ IC95% $-0,19$ a $-0,06$; y frecuencia de consumo excesivo de alcohol DME $-0,17$ IC95% $-0,23$ a $-0,11$. (moderada certeza por riesgo de sesgo). Las intervenciones realizadas en entornos universitarios (DME $-0,20$ IC95% $-0,39$ a $-0,09$) y en atención primaria o ambulatoria (DME $-0,20$ IC95% $-0,27$ a $-0,13$) fueron eficaces. (moderada certeza por riesgo de sesgo). Las intervenciones realizadas en entornos comunitarios (militares, justicia penal, sitios de investigación y reclutamiento selectivo) fueron: DME $-0,03$ IC95% $-0,16$ a $0,10$. (baja certeza por riesgo de sesgo e imprecisión). Las intervenciones realizadas por enfermeras tuvieron un buen efecto en la reducción de la cantidad (DME $-0,23$ IC95% $-0,33$ a $-0,13$) pero no la frecuencia de consumo de alcohol. Todos los grupos de contenido tuvieron efectos medios estadísticamente significativos, el consejo breve fue eficaz para reducir la cantidad consumida (DME $-0,20$ IC95% $-0,30$ a $-0,09$). Los efectos se mantuvieron en el análisis de S estratificado en el momento de la primera y última evaluación.

La intervención breve/entrevista motivacional en jóvenes muy probablemente reduce el consumo de alcohol.

Una RS-MA Cochrane publicada por Foxcroft y col.^[33] evaluó los efectos de las intervenciones de EM para prevenir el abuso de alcohol y los problemas relacionados con el alcohol en adultos jóvenes (hasta 25 años). Se incluyeron ECA que compararon EM para la prevención del abuso de alcohol y problemas relacionados con el alcohol sin intervención, evaluación únicamente o intervenciones alternativas para prevenir el abuso de alcohol y los problemas relacionados con el alcohol. Se incluyeron 84 estudios (n=22.872): en 65 de los ECA la intervención consistió solo en una sesión individual de EM. En un estudio, los participantes asistieron tanto a una sesión individual como a una sesión grupal, en otro estudio hubo cuatro sesiones grupales y una sesión individual; en 6 estudios hubo 2 sesiones individuales; y en 4 hubo 4 sesiones. Tres estudios utilizaron una sola sesión de grupo, uno utilizó cuatro sesiones de grupo y otro utilizó 6 sesiones de grupo. La duración de las sesiones varió: en 57 ECA, las sesiones duraron una hora o menos; la más corta fue una única intervención de 10 a 15 minutos, y la más larga tuvo 5 sesiones de EM durante un período de 19 horas. Un estudio informó una intervención "breve" sin especificar una duración, y 6 estudios no especificaron ninguna información sobre la duración de la sesión. 49 ECA compararon EM vs un grupo de control de evaluación solamente; 25 ECA compararon EM con asesoramiento, educación o información sobre el alcohol solamente; 7 ECA compararon EM con retroalimentación solamente; 1 ECA comparó EM con relajación, mientras que otro comparó EM con un programa de abstinencia de Alcohólicos Anónimos (AA) de 6 sesiones. A los cuatro meses o más de seguimiento, se encontraron efectos a favor de la EM para la cantidad de alcohol consumido DME $-0,11$ IC95% $-0,15$ a $-0,06$ o una reducción de 13,7 bebidas/semana a 12,5 bebidas/semana. (moderada certeza por riesgo de sesgo); la frecuencia de consumo de alcohol se redujo: DME $-0,14$ IC95% $-0,21$ a $-0,07$ y una pequeña reducción en el número de días/semana en que se consumió alcohol de 2,74 días a 2,52 días. (moderada certeza por riesgo de sesgo); y la concentración máxima de alcohol en sangre se redujo también: DME $-0,12$ IC95% $-0,20$ a $0,05$ y una reducción del 0,144% al 0,131%. Por otro lado, se encontró una reducción en una puntuación de la escala de problemas con el alcohol de 8,91 a 8,18; y para los atracones de alcohol: DME $-0,04$ IC95% $-0,09$ a $0,02$. (baja certeza por riesgo de sesgo e imprecisión). También se consideraron otros resultados conductuales relacionados con el alcohol. A los cuatro meses o más de seguimiento, respecto a los resultados sobre la conducción bajo los efectos del alcohol fue: DME $-0,13$ IC95% $-0,36$ a $0,10$ (número de ocasiones de conducción bajo los efectos del alcohol en los 12 meses anteriores, 7,8 al inicio del estudio en el grupo de control, con una desviación estándar (DE) de 16,9). (baja certeza por riesgo de sesgo e imprecisión) u otro tipo de comportamiento de riesgo relacionado con el alcohol: DME $-0,15$ IC95% $-0,31$ a $0,01$. (baja certeza por riesgo de sesgo e imprecisión). No hubo una relación clara entre la duración de la intervención de EM (en minutos) y el tamaño del efecto. Los análisis de subgrupos no revelaron efectos claros de subgrupos.

La intervención breve informatizada muy probablemente reduce el consumo de alcohol en jóvenes. Una RS-MA^[34] evaluó la efectividad de las IB informatizadas tempranas sobre el consumo de alcohol y cannabis por parte de los jóvenes que abusan de una de estas sustancias o de ambas. Una intervención breve informatizada fue definida como cualquier actividad preventiva o terapéutica realizada a través de dispositivos electrónicos en línea o fuera de línea, como un teléfono móvil, y administrada dentro de una hora o menos, incluso unos minutos, después del abuso de sustancias. Estas intervenciones tienen como objetivo reducir el abuso de alcohol o de drogas en general. Se incluyeron 60 ECA (n=33.316), publicados hasta 2016, que informaron sobre cualquier intervención breve informatizada utilizada como tratamiento independiente dirigido a reducir el consumo de alcohol y cannabis en jóvenes de 15 a 25 años que fuesen consumidores altos o de riesgo de alguna de estas sustancias o ambas (53 de los estudios hacían foco en el alcohol, 3 en el cannabis y 4 en ambas sustancias). Los comparadores elegibles incluyeron: ninguna intervención, control en lista de espera o una IB alternativa (informatizada o no informatizada). El resultado secundario fue efectos adversos informados. Se incluyeron estudios realizados en su mayoría en Estados Unidos. Otros fueron realizados en Nueva Zelanda, Países Bajos, Suecia, Australia, Alemania, Suiza y Brasil.

Para el desenlace reducción del consumo a largo plazo:

- Evaluación y retroalimentación versus ninguna intervención: 3 estudios encontraron que la evaluación y la retroalimentación redujeron significativamente el consumo de alcohol a largo plazo en comparación con ninguna intervención: DME -0,17 IC95% -0,30 a -0,04. **(Baja certeza por riesgo de sesgo e imprecisión por no alcanzar TOI).**
- Evaluación y retroalimentación versus evaluación solamente: 3 estudios no demostraron efectos significativos: DME -0,03 IC95% -0,19 a 0,12. **(Muy baja certeza por riesgo de sesgo, inconsistencia e imprecisión).**
- Evaluación y retroalimentación versus educación: el estudio Walton (2013) no encontró un efecto significativo a largo plazo, pero el tamaño del efecto (DME -0,23 IC95% -0,51 a 0,04) favoreció la evaluación y la retroalimentación sobre la educación. **(Baja certeza por riesgo de sesgo e imprecisión).**
- Retroalimentación normativa versus retroalimentación breve: el estudio LaBrie 2013, no demostró diferencia a largo plazo: DME: -0,06 IC95% -0,28 a 0,16. **(Baja certeza por riesgo de sesgo e imprecisión).**
- Retroalimentación por computadora versus retroalimentación del consejero: los 2 estudios con efectos a largo plazo no mostraron diferencias: DME -0,11 IC95% -0,53 a 0,32. **(Muy baja certeza por riesgo de sesgo, inconsistencia e imprecisión).**
- Evaluación y retroalimentación repetida versus evaluación y retroalimentación única: Un estudio de Kypri (2008) encontró una reducción significativa a largo plazo en el consumo de alcohol con retroalimentación repetida en comparación con la retroalimentación única: RR 0,77 IC95% 0,63 a 0,94. **(Baja certeza por riesgo de sesgo e imprecisión por no alcanzar TOI).**

La intervención breve muy probablemente reduce el consumo de alcohol en adultos mayores de 55 años con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol. Kelly y col 2018^[35] realizaron una RS para evaluar intervenciones efectivas para prevenir o reducir el consumo excesivo de alcohol en personas mayores de 55 años vs cuidado habitual o intervención mínima, a 6 y 12 meses de seguimiento. Excluyeron: tratamiento de la dependencia del alcohol, intervenciones farmacológicas e intervenciones dirigidas a políticas, leyes o impuestos. Desenlaces evaluados: medidas absolutas o de riesgo del consumo de alcohol (como resultado primario) y prevalencia, incidencia o nivel de demencia o cognición (como resultado secundario). Cuando no se informaron los datos a los 6 meses, se utilizaron los datos a los 3 meses. Dada la variabilidad en el reporte del tamaño del efecto, se utilizó la DME como medida de resumen.

De los 13 estudios incluidos, 3 fueron de prevención primaria y 10 de reducción del consumo en personas con consumo de riesgo o perjudicial. 11 estudios se enfocaron exclusivamente en el consumo de alcohol y 2 en abordar una variedad de comportamientos de salud, incluido el consumo de alcohol.

Respecto al tipo de intervención:

- 7 se describieron como intervenciones breves,
- 3 evaluaron la EM,
- 1 evaluó intervención breve informatizada,
- 1 consistió en envío por correo de retroalimentación personalizada sobre el consumo de alcohol,
- 1 consejo médico breve con retroalimentación personalizada, educación y asistencia para reducir el consumo de alcohol más seguimiento telefónico.

8 ECA (n= 3.591 media de edad entre 59 y 77 años) informaron medidas absolutas de alcohol.

Para el desenlace reducción del consumo de alcohol:

- A los 3 o 6 meses (8 ECA): DME -0,18 (IC95% -0,28 a -0,07; p=0,001).
- A los 12 meses (6 ECA, análisis post hoc): DME -0,16 (IC95% -0,32 a -0,01; p=0,04).

Personas en estado gestante

RS-MA y estudios individuales

Una RS de Erng y col. (2020)^[36] evaluó intervenciones en mujeres en estado gestante y en posparto y/o sus redes de apoyo para prevenir la exposición al alcohol durante el embarazo y TEAF. Los principales resultados se resumieron en cuatro categorías (1) reducción del consumo de alcohol; (2) abstinencia de alcohol; (3) resultados del lactante y (4) adherencia al tratamiento. Se incluyeron 34 estudios: 15 evaluaron IB, 6 estrategias intensivas o a largo plazo y 5 intervenciones educativas. Otros 3 estudios evaluaron consejería, 2 intervenciones de componentes múltiples y 3 intervenciones de suplementación nutricional. De los estudios, 16 fueron ECA; 8 estudios de cohortes, 8 ECCNA y 2 estudios de antes y después. La mayoría (n=27) reclutaron sólo mujeres en estado gestante, 2 solo mujeres en posparto (Flemin y col., 2008,



Andersma y col., 2016), 3 mujeres en estado gestante y/o posparto (Reynolds y col., 1995, Grant y col., 2005, Masis y May, 1991) y 2 predominantemente mujeres en estado gestante, pero también algunas mujeres no embarazadas (Whiteside-Mansell y col., 1999, May y col., 2008). En 2 estudios participaron mujeres en estado gestante con parejas o personas de apoyo (Chang y col., 2005, Belizan y col., 1995). Un estudio se centró en adolescentes en estado gestante (Sarvela y Ford, 1993). Nueve estudios involucraron a mujeres embarazadas que consumían alcohol y/u otras sustancias. La mayoría de los estudios se realizaron en EE.UU. (n=24), seguidos de Sudáfrica (n=3), Suecia (n=2), Ucrania (n=2), Reino Unido (n=1), Noruega (n=1) y América del Sur (n=1). La mayoría de los estudios reclutaron participantes de entornos de atención médica (n=26), que incluían clínicas prenatales, salas de parto, centros de salud y hospitales. Los participantes de 3 estudios pertenecían a programas de tratamiento por abuso de sustancias (Whiteside-Mansell y col., 1999, Winhusen y col., 2008, Osterman y col., 2017). Dos estudios se realizaron en entornos comunitarios (Eisen y col., 2000, May y col., 2008), uno en el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (O'Connor y Whaley, 2007), y dos de una combinación en entornos comunitarios y de atención médica (Ernst y col., 1999, Grant y col., 2005).

Entre los 15 estudios que evaluaron IB, 14 probaron una única modalidad y solo 1 comparó dos modalidades. Siete estudios implementaron un modelo de una única sesión y el resto investigó múltiples sesiones. La mayoría de las sesiones fueron presenciales y 3 estudios utilizaron modalidad virtual. Los grupos control consistieron en evaluación de consumo de alcohol, entrevista, encuesta, consejo breve, información escrita o atención habitual.

Reducción del consumo de alcohol

Trece estudios evaluaron reducción en el consumo de alcohol. Cinco estudios informaron hallazgos significativos a favor de los grupos de intervención (Handmaker y col., 1999, Chang y col. 2005, Fleming y col., 2008, Marais y col. 2011, Osterman y col., 2017):

La intervención breve probablemente reduzca levemente el consumo de alcohol y aumente la abstinencia de estas bebidas durante el embarazo. La reducción del consumo de alcohol probablemente sea mayor en mujeres con consumo más alto.

Handmaker y col.^[37]: luego de una evaluación integral del consumo de alcohol, las participantes (n=42) fueron asignadas al azar para recibir información escrita sobre los riesgos relacionados con el consumo de alcohol durante el embarazo o una EM de una hora. La EM fue una sesión empática, centrada en la persona, pero directamente orientada a la salud de los niños/as por nacer.

Resultados: en los cuestionarios de detección autoadministrados, informaron haber consumido una media (+ DE) de 9 + 20,48 UBE en el último mes y luego de la EM aumentó la veracidad de la respuesta, reportando un promedio de 33 + 74,48 UBE en los 2 meses anteriores, con una CAS pico medio de 85 + 115 mg%. Hubo una amplia variabilidad entre los patrones de consumo de alcohol: el número total de UBE consumidas en 2 meses varió de menos de 1 a 404. Los niveles máximos de CAS estimados a lo largo del embarazo variaron de cerca de 0 a 466 mg%. Al final de un período de seguimiento de 2 meses, las 34 mujeres (81%) que permanecieron en el estudio mostraron una reducción significativa en el consumo de alcohol siendo mayor en quienes presentaron las mayores CAS al inicio del embarazo y los mayores niveles de consumo. En un tercer análisis ANCOVA, la prueba de homogeneidad de regresión de CAS post pico sobre CAS pre-pico entre los dos grupos fue significativa (F=4,46, 1/30 gl, p=0,043). **(Moderada certeza por imprecisión por no cumplir con el TOI).**

Chang y col. (2005)^[38]: se evaluó la efectividad de la IB en la reducción del consumo de alcohol de personas en estado gestante con consumo de riesgo incluyendo a su pareja (n=304). Se consideraron 3 períodos: antes del embarazo (promedio de 79 días), durante el embarazo antes de la inscripción en el estudio (promedio de 104 días) y durante el embarazo después de la inscripción en el estudio (promedio de 158 días). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la cantidad o frecuencia del consumo de alcohol antes del embarazo cuando se compararon los grupos de control y de tratamiento. En promedio, los grupos consumieron alcohol el 20% de los días previos al embarazo con una media de 1,8 bebidas por episodio. Menos del 10% se abstuvo de tomar alcohol en el período de tiempo de seguimiento. Una vez embarazadas, muchas de las mujeres redujeron espontáneamente la frecuencia de su consumo de alcohol a una media del 5% en los días de consumo y menos del 20% se abstuvieron. Los grupos promediaron más de 1,5 bebidas por episodio, pero casi el 30% de las mujeres de cada grupo bebieron 2 o más bebidas por episodio durante el embarazo. El consumo de alcohol después de la inscripción en el estudio disminuyó aún más en ambos grupos a una M promedio del 2% de los días (tratamiento, M=1,9%, vs control, M=2%) y menos de la mitad de una bebida por episodio hasta el

momento del parto (tratamiento, $M=0,39$, vs control, $M=0,40$). Dado que tanto los grupos de tratamiento como los de control demostraron una reducción general del consumo de alcohol durante el estudio, se evaluó el impacto de la IB en los diferentes niveles de consumo prenatal en el momento de la inscripción. La interacción entre la IB y el consumo de alcohol prenatal fue significativa (coeficiente de regresión, $b=-0,163$, error estándar $(b)=0,063$, $p<0,01$), lo que indica que la IB fue más eficaz para reducir la frecuencia de consumo entre las mujeres que bebían más en el momento de la inscripción al estudio. Por ejemplo, se esperaría que un sujeto que informó haber bebido el 15% de los días cuando se inscribió en el estudio redujera el consumo de alcohol al 5% de los días si solo recibiera la entrevista de diagnóstico. Se encontró que varias otras variables aumentan el riesgo de consumo de alcohol prenatal después de la inscripción en el modelo de intención de tratar. Tres variables aumentaron la frecuencia de consumo: 1) cantidad de consumo de alcohol prenatal antes de la inscripción en el estudio ($b=0,354$, error estándar $(b)=0,047$, $p<0,001$), 2) nivel de educación ($b=0,021$, error estándar $(b)=0,008$, $p<0,01$) y 3) número de años de consumo habitual de alcohol ($b=0,355$, SE $(b)=0,172$, $p<0,05$). Por otro lado, una mayor confianza en el manejo de la tentación de beber en situaciones sociales redujo la frecuencia de consumo ($b=-0,025$, SE $(b)=0,008$, $p<0,001$). La tentación de beber en situaciones sociales aumentó el riesgo de beber más por episodio ($b=0,002$, SE $(b)=0,001$, $1,004$, $p<0,05$). Un análisis de subgrupo evaluó el efecto de la participación de la pareja en la IB comparando los resultados de la bebida de las 118 mujeres cuyas parejas participaron en la IB con aquellas cuyas parejas que no lo hicieron ($n=14$). La participación de la pareja en el tratamiento aumentó la efectividad de la IB especialmente en mujeres con niveles mayores de consumo (medido como porcentaje de días sin beber: $b=-0,867$, SE $(b)=0,419$, $p<0,05$). **(Moderada certeza por riesgo de sesgo).**

Fleming y col.^[39]: evaluó la IB para reducir el consumo de alcohol realizada en 34 centros obstétricos en mujeres en etapa de puerperio, con un seguimiento de 6 meses. Resultados: 8.706 mujeres fueron evaluadas para el consumo de alcohol de alto riesgo durante la atención postparto de rutina y 997 (12%) de estas mujeres dieron positivo por consumo de alcohol en riesgo. Cumplieron los criterios de inclusión (tener 18 años o más, ver a su obstetra o enfermera de práctica avanzada para una visita posparto y 20 o más bebidas estándar en los 28 días anteriores o 4 o más bebidas en 4 o más ocasiones en los últimos 28 días o 20 o más días de bebida en los últimos 28 días) 235 mujeres, quienes fueron asignadas al azar a "atención habitual" o "intervención breve". La intervención de cuatro sesiones fue realizada por enfermeras obstétricas ambulatorias y personal de investigación. La edad media fue de 28 años, el 19,3% pertenecían a grupos minoritarios, el 60,8% estaban casadas, el 53,2% informó que consumía tabaco en la actualidad y el 17,9% había consumido marihuana en los 30 días anteriores. En la cita de seguimiento a los 6 meses, hubo reducciones significativas en el número medio de bebidas totales en los 28 días anteriores ($p<0,013$), el número de días de consumo ($p<0,024$) y los días de consumo excesivo ($p<0,019$). Además de una diferencia estadística entre los grupos, hubo una diferencia del 19% en el número medio de bebidas y el número de días de consumo, y una diferencia del 36% en el número de días de consumo excesivo de alcohol a favor del grupo de intervención. **(Moderada certeza por riesgo de sesgo).**

Marais y col.^[40]: evaluó el impacto de la IB sobre el consumo de alcohol antenatal de mujeres de un entorno desfavorecido y de alto riesgo que asisten a clínicas de salud estatales en un distrito rural de la provincia de Western Cape, Sudáfrica. Todas las mujeres embarazadas, que tenían menos de 20 semanas de embarazo y más de 15 años de edad, fueron elegibles para el estudio. Se comparó la evaluación integral más cuatro sesiones de IB durante el período de embarazo (grupo intervención) vs la evaluación del consumo de alcohol actual y a lo largo de la vida + información (grupo control). Se completó el cuestionario AUDIT antes y después de la intervención. Aunque ambos grupos demostraron descensos en las puntuaciones del AUDIT, los hallazgos mostraron una diferencia estadísticamente significativa en las puntuaciones totales de AUDIT entre los grupos de intervención y control después de la intervención ($p=0,002$). La diferencia fue de 2 unidades (DE 0,6). La tasa de seguimiento fue del 92% ($n=179$ de las 194 mujeres elegibles originales). **(Moderada certeza por riesgo de sesgo)**

Osterman y col.^[41]: el estudio incluyó a 41 mujeres ($n=27$ terapia de mejora motivacional y $n=14$ tratamiento habitual) que informaron consumo de alcohol en los 28 días previos a la aleatorización. Se evaluaron días de consumo de alcohol y drogas ilícitas por autoreporte. La IB redujo el consumo de alcohol durante el seguimiento ($X^2=13,07$, $gl=1$, $p<0,001$). **(Baja certeza por riesgo de sesgo e imprecisión por no cumplir con el TOI).**

O'Connor y Whaley^[42]: evaluaron la eficacia de la IB como técnica para ayudar a las mujeres embarazadas a lograr la abstinencia del alcohol. Las embarazadas que participaban en el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños de Soluciones de Gestión de Empresas de la Fundación de Salud Pública y que informaron haber bebido alcohol ($n=345$) fueron asignadas a un grupo de tratamiento de IB ($n=162$) o de evaluación solamente ($n=183$) y seguidas hasta su tercer trimestre del embarazo. La IB consistió en sesiones de asesoramiento de 10 a 15 minutos de un nutricionista, que utilizó un manual escrito para guiar la intervención. De las 345 mujeres, 255 (74%)



continuaron seguimiento en su centro de salud durante el tercer trimestre. La deserción de los participantes no se relacionó significativamente con la condición del tratamiento (evaluación solamente $n=45/183$, 24,6%; IB $n=45/162$, 27,8%; prueba exacta de Fisher $p=1$), riesgo de alcohol o niveles de consumo, sino con la frecuencia de mudanzas que caracterizaba a la población. Las mujeres que recibieron IB tenían 5 veces más probabilidades de informar abstinencia después de la intervención en comparación con las mujeres a quienes solo se realizó la evaluación: OR 5,39 IC95% 1,59 a 18,25. **(Moderada certeza por riesgo de sesgo).**

Undersma y col. (2015)^[43]: se incluyeron mujeres en estado gestante que dieron positivo en las pruebas de consumo de alcohol de riesgo en una clínica de atención prenatal urbana ($n=48$). Los participantes fueron asignados aleatoriamente a la IB-e más correos o a una sesión de control sobre nutrición infantil y fueron reevaluados durante su control posparto. El resultado primario fue la prevalencia de abstinencia en un período de 90 días según lo medido por la entrevista de seguimiento. Las participantes calificaron la intervención como fácil de usar y útil (4,7 a 5 en una escala de 5 puntos). La evaluación de seguimiento cegada en el momento del parto reveló efectos de intervención de tamaño mediano sobre la prevalencia de abstinencia del período de 90 días (OR=3,4 IC95% 0,5 a 21). **(Moderada certeza por imprecisión por no cumplir con el TOI).**

Handmaker y col.^[37]: en los cuestionarios de detección autoadministrados, las mujeres informaron haber consumido una media de 9 +/- 20,48 bebidas en el último mes. Ellas mismas informaron niveles de consumo de alcohol tres veces más altos durante las entrevistas personales. Sin embargo, durante la atención de su embarazo, justo antes del parto, el profesional les preguntó su nivel de consumo, la mayoría de las participantes, 30 mujeres (74% de las que se disponía registro médico) negaron haber bebido durante todo el embarazo. Para las que bebieron alguna UBE de alcohol hubo gran variabilidad de patrones de consumo: últimos dos meses previos al parto UBE de -1 a 404, CAS entre 0 y 466 mg% y la abstinencia osciló entre un rango entre 22% a 98% de los días. Los análisis del cambio general en las medidas dependientes utilizando pruebas t de pares apareados mostraron un aumento significativo en el total días de abstinencia ($t=-2,18$, 33 gl, $p=0,015$). De los participantes (38%) que informaron abstinencia total durante el intervalo de seguimiento, el 33% eran controles y el 44% recibió la intervención. Considerando los tamaños del efecto (0) utilizando los procedimientos descritos por Bien y col., se encontraron efectos pequeños a medianos para los cambios en el consumo ($0=0,40$), CAS ($0=0,46$) y abstinencia ($0=0,20$) dentro del grupo de control. Los tamaños de efecto en el grupo que recibió EM fueron 0,46, 0,77 y 0,69, respectivamente. **(Moderada certeza por imprecisión por no cumplir con el TOI).**

Yonkers y col.^[44]: comparó la eficacia de la terapia cognitivo-conductual individual combinada con terapia de mejora de la motivación vs. el consejo breve para el tratamiento del consumo de sustancias durante el embarazo (alcohol o una droga ilícita que no fueran opiáceos). Se incluyeron 168 mujeres consumidoras de sustancias con menos de 28 semanas de edad gestacional. El contenido de la terapia cognitivo-conductual incluía mejora de la motivación, análisis funcional, comportamiento sexual seguro, habilidades de comunicación, prevención de recaídas y habilidades de resolución de problemas. La intervención fue brindada por enfermeras y consistió en terapia cognitivo-conductual individual (mejora de la motivación, análisis funcional, comportamiento sexual seguro, habilidades de comunicación, prevención de recaídas y habilidades de resolución de problemas) combinada con terapia de mejora de la motivación organizada en 6 sesiones de 30 minutos. El comparador (cuidado habitual) consistía en un consejo breve brindado por médicos obstetras que entregaban material escrito sobre los riesgos del uso de sustancias, la importancia de la abstinencia y el beneficio de buscar tratamiento por drogas y alcohol fuera del entorno prenatal, cuya duración era de 1 minuto. El resultado primario fue el porcentaje de días en los que se consumieron alcohol y/o drogas durante los 28 días antes y 3 meses después del parto. El uso de sustancias disminuyó en ambos grupos entre la ingesta y el parto, pero aumentó nuevamente después del parto. No hubo diferencias significativas entre los grupos en términos del porcentaje de días autoinformados en los que se consumieron drogas o alcohol antes y 3 meses después del parto: porcentaje de abstinencia de drogas y alcohol (28 días antes de la evaluación) según el autoinforme. Porcentaje de personas con abstinencia tanto de drogas como de alcohol según el autoinforme y los valores biológicos en orina: terapia cognitivo-conductual individual combinada con terapia de mejora de la motivación vs. el consejo breve al momento del parto OR 0,77 IC95% 0,32 a 1,84; 3 meses después del parto OR 0,76 IC95% 0,27 a 2,11. **(Moderada certeza por imprecisión)**

Undersma y col. (2016)^[45]: mujeres posparto, de bajos ingresos, principalmente afroamericanas que cumplieran con los criterios de consumo no saludable de alcohol ($n=123$), fueron asignadas al azar a un grupo de IB-e personalizado ($n=61$) o un grupo control ($n=62$), con seguimiento a los 3 y 6 meses y se evaluó la prevalencia de la abstinencia puntual de 7 días y los días de bebida. Considerando solo los participantes que completaron la evaluación de seguimiento, 15 de 41 participantes de IB-e (36,6%) fueron abstinentes a los 3 meses, frente a 11 de 42 (26,2%) en la condición de control ($\chi^2=1,04$, $p=0,307$, OR 1,6); en el seguimiento de 6 meses, 17 de 45 participantes de IB-e (41,5%) eran abstinentes, frente

a 17 de 41 (37,8%) para la condición de control ($\chi^2=0,12$, $p=0,727$, OR 1,2). El uso de la presunción de consumo de alcohol entre los que se perdieron por desgaste no cambió ni la magnitud ni la importancia de estos resultados (OR 1,5 y 1 a los 3 y 6 meses, respectivamente). Los días de bebida en los últimos 90 y el número medio de bebidas por semana tampoco mostraron diferencias significativas. **(Moderada certeza por riesgo de sesgo)**

Estudios locales, Argentina:

Personas en estado gestante y recién nacidos

La intervención breve muy probablemente reduzca el consumo de alcohol en embarazadas y podría mejorar el peso al nacer en los recién nacidos en nuestro medio. Un estudio realizado en Argentina sobre la eficacia de la IB para consumo de alcohol en gestantes evaluó la cantidad y frecuencia autoinformadas del consumo de alcohol, la frecuencia del consumo excesivo de alcohol y los problemas relacionados con beber alcohol, después de tres meses^[46]. Además, evaluó la evidencia de indicadores de salud del recién nacido en Argentina. Se incluyeron 503 mujeres de hasta 26 semanas de gestación que acudieron a los Centros de Salud Pública del Municipio de General Pueyrredón, Argentina, durante el 2016. Se realizó un muestreo probabilístico, con asignación aleatoria entre dos grupos: cribado de alcohol e IB (CA-IB) o cribado de alcohol y asesoramiento breve (CA-AB). Después del parto, se obtuvieron indicadores de salud de los recién nacidos: peso al nacer en kilogramos, edad gestacional al nacer en semanas y puntaje APGAR en un rango de 1 a 10 (grupo CA-IB: $n=77$; grupo CA-AB: $n=72$). Además, se incluyó un tercer grupo de control (GC) de recién nacidos cuyas madres no participaron en los grupos de detección de alcohol ($n=150$). Compararon los indicadores de salud de los recién nacidos de los grupos CA-IB, CA-AB y GC entre sí utilizando la prueba de Wilcoxon Ranke y el análisis del delta de Cliff como medida del tamaño del efecto.

La cantidad de alcohol consumido disminuyó en más de dos UBE después del reconocimiento del embarazo para los grupos CA-IB y CA-AB, y más de una UBE para la condición GC. La mayor reducción en los problemas relacionados con el alcohol fue en el grupo de CA-IB. Los resultados comparando CA-IB y CA-AB fue: cantidad RR 0,91 IC95% 0,76 a 1,09; frecuencia RR 0,9 IC95% 0,75 a 1,08; consumo excesivo de alcohol RR 0,98 IC95% 0,81 a 1,19; problemas relacionados con beber alcohol RR 0,96 IC95% 0,79 a 1,17. Sin embargo, la Reducción Absoluta del Riesgo (RAR) indicó un efecto pequeño pero favorable del grupo CA-IB contra CA-AB, especialmente para los resultados de cantidad y frecuencia. Es decir, las mujeres embarazadas que recibieron IB tuvieron una reducción del 4% en la probabilidad de aumentar la cantidad de bebidas consumidas por ocasión y una reducción del 5% en la probabilidad de aumentar la frecuencia de consumo, en comparación con el grupo CA-AB. Además, según el análisis de Numero Necesario a Tratar (NNT), para beneficiar a una mujer embarazada es necesario tratar 22 para reducir la cantidad de consumo y 20 para reducir la frecuencia de consumo con IB en lugar de Asesoramiento Breve (AB). Para el consumo excesivo de alcohol y los problemas relacionados con el alcohol, el NNT fue de más de 50. **(Moderada certeza por seria imprecisión)**

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el peso al nacer ($p<0,05$) y la edad gestacional al nacer ($p<0,001$) entre los grupos CA-IB y CA-AB en comparación con el tercer grupo control (GC). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los valores de la puntuación APGAR. El tamaño del efecto de las diferencias encontradas fue modesto. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los tres indicadores (peso al nacer, APGAR y edad gestacional al nacer) entre los grupos de CA-IB y CA-AB. **(Baja certeza por riesgo de sesgo y seria imprecisión (Pérdidas de seguimiento y no cumple con el TOI)).**

Niños, niñas y adolescentes

Nota metodológica: dado que la evidencia hallada para responder las preguntas clínicas de esta subpoblación se consideró escasa, se utilizó y compartieron con el panel, además, las recomendaciones de las GPC, de alto rigor metodológico, seleccionadas.

GPC seleccionadas

NICE-prevención (PH 24) recomienda en niños, niñas y/o adolescentes de 10 a 15 años, que consumen alcohol:

- Evaluar la capacidad del NNYA para dar su consentimiento a intervenciones y tratamientos relacionados con el alcohol y animar a participar a las madres, los padres o cuidadores.



- Realizar una historia clínica detallada del consumo de alcohol y de aspectos psicosociales (ej. problemas familiares e instancias de abuso infantil o bajo rendimiento escolar).
- Proponer un curso de acción que le parezca el más adecuado (establecer un vínculo empático y dar una opinión sobre la importancia de su consumo de alcohol y otros problemas relacionados que puedan surgir. En otros casos, realizar o derivar para asesoramiento y un apoyo más intensivo).
- Ante riesgo significativo de daño relacionado con el alcohol, considerar la derivación a servicios de salud mental, atención social o servicios especializados, para recibir tratamiento según corresponda y esté disponible.
- Concentrarse en los grupos de mayor riesgo de sufrir daños relacionados con el alcohol: que ha tenido un accidente o una lesión menor, que repetidamente solicitan anticonceptivos de emergencia, que ha estado involucrado en un crimen u otro comportamiento antisocial, que faltan regularmente (ej. clases o consultas médicas), que están en riesgo o quiénes son atendidos por autolesión, bajo sistemas de protección integral infantil, etc.

La USPSTF no emite recomendación y concluye que la evidencia actual de las intervenciones de detección y asesoramiento conductual breve para reducir el consumo de alcohol en adolescentes de 12 a 17 años en entornos de atención primaria es insuficiente.

RS-MA y estudios individuales

La IB reduciría el consumo de alcohol y probablemente no modifique el consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes con consumo de alto riesgo. Una RS realizada por la USPSTF^[47] en 2018 evaluó los beneficios y daños de las intervenciones de detección y no farmacológicas para reducir el consumo nocivo de alcohol en atención primaria en distintas poblaciones. En relación con los adolescentes se encontraron 2 ECA (n=1160): 1 ECA^[48] (n=119), con seguimiento a 6 meses y una pérdida de seguimiento de sólo 2%, evaluó la eficacia de una sesión de asesoramiento de 20 minutos para adolescentes de 14 a 18 años (M: 16,4 años, 71% personas de sexo femenino) que asistían a consultas en un centro de atención primaria en el sureste de los Estados Unidos, con un enfoque de mejora motivacional, retroalimentación normativa personalizada y discusión sobre el consumo de alcohol en su red de pares. Los jóvenes eran elegibles si estaban en riesgo de sufrir un trastorno por uso de sustancias (puntuación de 2 o 3 en el CRAFFT* con respecto al uso de alcohol o marihuana).

* El CRAFFT es una herramienta de rastreo que sirve para evaluar el riesgo de consumo problemático, abuso o dependencia de alcohol y otras drogas en adolescente ^[49].

Luego de 6 meses de seguimiento:

- En adolescentes de sexo masculino, la IB disminuyó el consumo de alcohol de 0,52 a 0,25 en una escala de 0 a 7 y aumentó en el grupo control de 0,50 a 0,81 (d de Cohen=0,50; p<0,05).
- En adolescentes de sexo femenino, la IB disminuyó el consumo de alcohol de 1,19 a 0,8 y aumentó en el grupo de control de 0,69 a 0,8. (no se informó la d de Cohen; p>0,05).

La escala utilizada para este estudio fue: 0=0 días, 1=1 a 2 días, 2=no se informó, 3=3 a 5 días, 4=6 a 9 días, 5=10 a 19 días, 6=20 a 29 días, y 7=los 30 días. **(Baja certeza por riesgo de sesgo e imprecisión por no cumplir con el TOI).**

El otro ECA^[50] (n=1041, 469 entre los subgrupos relevantes: moderado y alto riesgo), con seguimiento a 6 meses y una pérdida de seguimiento del 7%, evaluó la eficacia de una única sesión de retroalimentación normativa personalizada basada en la Web entre estudiantes de secundaria suizos de 16 a 19 años (edad promedio: 16,8 años, 53% personas de sexo femenino), seguida de mensajes de texto adaptados al nivel de riesgo inicial de los estudiantes. El ECA incluyó a todos los estudiantes, independientemente del nivel de consumo de alcohol, pero la RS incluye sólo al subgrupo con consumo no saludable de alcohol, que se definió como uno o más episodios de consumo intenso en los 30 días anteriores o más de 14 (hombres) o 7 (mujeres) bebidas consumidas en una semana típica. Este grupo se dividió en dos subgrupos: aquellos con más de dos episodios de consumo intenso en los 30 días previos ("alto riesgo") y aquellos con uno o dos episodios de consumo intenso ("riesgo moderado").

En estudiantes adolescentes de alto riesgo (n=154):

- Reducción de la cantidad de bebidas por semana: 7,95 bebidas en el grupo intervención y 3,54 bebidas en el grupo control, DM -4,41 (IC95% -7,46 a -1,36).
- Reducción del CEEA en los 30 días previos: 1,48 episodios menos en el grupo intervención y 0,86 episodios menos en el grupo control, OR 0,29 (IC95% 0,09 a 0,98).

En el grupo de riesgo moderado (n=323):

- Reducción de la cantidad de bebidas por semana: 0,94 bebidas en el grupo intervención y 1,26 bebidas en el grupo control, DM 0,32 (IC95% -0,95 a 1,59),
- Reducción del CEEA en los 30 días previos: 0,05 episodios en el grupo intervención y 0,06 episodios en el grupo control, OR 0,76 (IC95% 0,44 a 1,31). **(Baja certeza por riesgo de sesgo e imprecisión por no cumplir con el TOI).**

Ninguno de los 2 estudios informó sobre los daños relacionados con la intervención.

La intervención breve muy probablemente reduzca/evite el consumo de alcohol de alto riesgo en adolescentes en nuestro medio.

Un ECA (Karina Conde, 2018)^[51] se propuso determinar la efectividad y significancia clínica de un programa de IB para reducir el consumo de bebidas alcohólicas y problemas relacionados, en un contexto educativo de Argentina. Los participantes, estudiantes de educación media seleccionados sistemáticamente (n=167) fueron asignados aleatoriamente a una de tres condiciones: dos grupos control (G1: tamizaje, n=58; y G2: tamizaje y evaluación, n=47) y uno experimental (G3: tamizaje, evaluación e intervención, n=44). Se implementó un protocolo basado en lineamientos internacionales. Las medidas de efectividad utilizadas fueron disminución de la cantidad habitual, del consumo de alto riesgo (definido como estudiantes de 12 a 15 años que habían ingerido tres o más UBE en alguna ocasión y estudiantes de 16 a 20 años que habían consumido cinco o más UBE en alguna ocasión durante los 12 meses anteriores), y de los problemas relacionados con el alcohol. En la etapa de seguimiento (n=150), la cantidad y el consumo de alcohol de alto riesgo fueron mayores en los grupos control. Se realizaron análisis descriptivos, regresiones lineales y logísticas, y estimaciones de reducción relativa y absoluta del riesgo y del número de pacientes a tratar para reducir un evento.

Intervención breve: se utilizaron materiales gráficos para orientar la intervención y luego se entregaron a cada estudiante. Se incluyeron los siguientes pasos: 1. Retroalimentación, 2. Exploración de problemas asociados, 3. Motivar la abstinencia, 4. Fijación de objetivos, 5. Psicoeducación y retroalimentación positiva. Los análisis de regresión indicaron una mayor cantidad de alcohol consumido en los grupos de control durante la Fase 2 (período de seguimiento=4 meses), incluso cuando se controló por el consumo en la Fase 1 (selección de la muestra). Los análisis de interacción entre el consumo en la Fase 1 y el tipo de grupo indicaron que el efecto de la cantidad (es decir, mayor consumo en la Fase 1, mayor consumo en la Fase 2) se redujo significativamente en G3 en comparación con G1 ($\beta=-0,79$ IC95% -0,9 a -22; $p=0,0001$) y G2 ($\beta=-0,56$ IC95% -1,09 a -0,48; $p=0,0012$). También se encontraron diferencias significativas en el consumo de alto riesgo entre las condiciones, controlando el consumo de alto riesgo en la Fase 1. El consumo de alto riesgo fue menor en G3 en comparación con G1 (OR 0,24 IC95% 0,08 a 0,74; $p=0,0126$) y con G2 (OR 0,23 IC95% 0,07 a 0,75; $p=0,0143$). El consumo de alto riesgo se redujo en un 29% en G3 en comparación con G1 y en un 26% en comparación con G2. Por cada 100 personas a las que se les aplicó la IB, hubo una reducción de 24 casos (26 en relación con G1 y 23 en relación con G2), lo que indica que uno de cada cuatro estudiantes a quienes se realizó la intervención redujo efectivamente el consumo de alcohol y uno de cada siete los problemas relacionados con el alcohol. **(Baja certeza por riesgo de sesgo e imprecisión por no cumplir con el TOI).**

Jóvenes

RS-MA y estudios individuales

La intervención breve muy probablemente reduzca el consumo de alcohol semanal y el número de los episodios de consumo episódico excesivo de alcohol en jóvenes.

Una RS realizada por la USPSTF^[47] identificó 22 ensayos en adultos jóvenes (n=14.214). La mayoría (20/22) de los ensayos en adultos jóvenes se realizaron en entornos universitarios. Dos tercios (15/22) se realizaron en los Estados Unidos y el resto en Europa, Canadá, Australia y Nueva Zelanda. El rango de seguimiento fue de 6 a 12 meses. La edad promedio de los participantes fue de 19,8 años, 51,5% sexo femenino. La mayoría de los ensayos de adultos jóvenes seleccionaron a los participantes sobre la base de la presencia de episodios de consumo intenso, definidos típicamente como 4 o más tragos en una ocasión para las mujeres y 5 o más tragos en una ocasión para los hombres. Casi el 90% (34/36) de las



intervenciones en estos ensayos involucraron comentarios normativos personalizados, generalmente entregados en 1 o 2 sesiones breves, con más de la mitad entregados a través de una computadora o la web y sin interacción directa o mínima con el personal del estudio. Los adultos jóvenes redujeron su consumo de alcohol en un promedio de 0,87 tragos por semana DM -0,86 (IC95% -1,29 a -0,43; k=14; n=6935; I2=11 %). Los resultados fueron similares cuando se descartaron a los ensayos que no tenían restricciones en el consumo de alcohol y, por lo tanto, incluyeron a algunos participantes que no consumían alcohol de forma nociva: DM -0,89 (IC95% -1,52 a -0,26; k = 12; n = 4.864; I2=24%).

(Moderada certeza por riesgo de sesgo)

De los 6 ensayos que informaron resultados a los 6 y 12 meses, 4 encontraron que los beneficios a los 6 meses ya no eran estadísticamente significativos a los 12 meses para al menos un grupo de intervención. Solo 2 ensayos informaron resultados más allá de los 12 meses, y ambos encontraron que los beneficios se mantuvieron durante 24 meses, aunque solo para el grupo de intervención más intensivo y específicamente diseñado en uno de estos ensayos.

En 2 estudios que evaluaron el número de episodios de CEEA por semana la reducción fue: DM -0,06 (IC95% -0,16 a 0,05; k=7; n=2.968; I2=33%) y la proporción con episodios de consumo intensivo en el mes anterior: OR 0,81 (IC95% 0,63 a 1,05). **(Moderada certeza por imprecisión)**

La intervención breve y la intervención breve con retroalimentación normativa (descriptiva, en forma personalizada) reduciría el consumo de alcohol en jóvenes universitarios en nuestro medio comparado con solo preguntar. Sin embargo, la retroalimentación normativa no sería superior a la IB sin esta.

Un ECA realizado en Argentina evaluó la eficacia de la retroalimentación normativa (consejo claro y personalizado) en la IB para reducir el consumo de alcohol medido por puntaje del AUDIT en jóvenes universitario^[52]. Se recolectaron datos de 158 estudiantes ingresantes a la Universidad Nacional de Mar del Plata que brindaron consentimiento informado. El 60% eran mujeres y el 40% hombres, entre 17 y 45 años (M 20,45; DE=3,9). Se asignaron los participantes a 3 grupos: evaluación solamente (control: GC), evaluación e IB sin retroalimentación normativa (IB) y evaluación e IB con retroalimentación normativa (IB-RN). Para evaluar la efectividad, se evaluó la disminución de los puntajes AUDIT. Para estimar las diferencias entre los grupos antes y después de las IB se realizaron análisis bivariados (prueba de Kruskal-Wallis y prueba de la U de Mann-Whitney). No se encontraron diferencias entre los grupos al inicio del estudio (p=0,172), pero se encontraron después de las intervenciones (p=0,001).

Las medias de puntajes de AUDIT iniciales fueron GC: M=6,03 con DE=3,11; IB: M=5,24 con DE=2,41 y IB-RN: M=6,47 con DE=2,7;

Las medias de puntajes AUDIT al final fueron GC: M=4,11 con DE=2,82; IB: M=1,92 con DE=1,53 y IB-RN: M=3,09 con DE=2,63.

Se encontraron diferencias en la puntuación del AUDIT:

- Grupo control vs IB (p=0,001).
- Grupo control vs IB con retroalimentación normativa (p=0,018).
- IB vs IB con retroalimentación normativa (p=0,013).

Calidad de evidencia baja por riesgo de sesgo e imprecisión (no cumple con el tamaño óptimo de la información).

Diagnóstico

RS-MA y estudios individuales

El AUDIT-C en el punto de corte ≥ 4 entre los hombres y ≥ 3 entre las mujeres presentaría alta sensibilidad como prueba de rastreo para detectar consumo de riesgo de alcohol en personas jóvenes; y en los puntos de corte ≥ 5 entre los hombres y ≥ 4 entre las mujeres en las personas adultas. Por otro lado, el AUDIT completo ≥ 8 presentaría una alta especificidad para detectar consumo de riesgo o perjudicial de alcohol en personas jóvenes y adultas.

Una RS-MA (USPSTF, 2018) identificó 45 estudios que abordaron la precisión de los instrumentos de detección para el consumo nocivo de alcohol: 10 en adolescentes, 5 en jóvenes, 27 en población adulta general y 2 en personas en estado gestante o posparto^[54]. La mayoría de los estudios se realizaron en los Estados Unidos (62%) y reclutaron pacientes asistidos en el primer nivel de atención (51%). En los estudios incluidos se utilizó una variedad de pruebas de detección de una o dos preguntas, así como los instrumentos AUDIT, AUDIT-C y ASSIST.

Las herramientas de detección de una o dos preguntas abordaron una variedad de objetivos específicos, como bebidas típicas o máximas por día de consumo (cantidad), número de días de consumo nocivo durante un período de tiempo específico (frecuencia) o número total típico de bebidas durante un período de tiempo específico (cantidad x frecuencia). Las categorías de respuesta y los puntos de corte también variaron. Los estudios a veces asignaban un cierto número de tragos como punto de corte (ej. más de 4 tragos en una ocasión en cualquier momento durante la ventana de tiempo). Otros usaron preguntas con categorías de respuesta tipo Likert, como el ítem 3 del AUDIT-C, que pregunta: “¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?” y tiene categorías de respuesta de 0 (nunca), 1 (menos de una vez al mes), 2 (mensualmente), 3 (semanalmente) y 4 (diariamente o casi diariamente); para un estudio determinado, un valor de detección positivo puede ser 1, 2 o 3. Los estándares de referencia utilizados en los estudios incluidos fueron entrevistas diagnósticas estructuradas con mayor frecuencia (ej. Entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI), Programa de entrevistas para trastornos por consumo de alcohol y discapacidades asociadas, Mini International Neuropsychiatric Interview Plus), y en ocasiones la entrevista se utilizó en combinación con otros instrumentos (ej. con el ASSIST para identificar el espectro completo de consumo nocivo o el registro de consumo retrospectivo Timeline Followback Method Assessment -TLFB).

Sensibilidad y especificidad del AUDIT en el punto de corte óptimo para detectar a quienes excedieron varios límites de bebida entre adolescentes, jóvenes, personas adultas y adultas mayores

Adolescentes y jóvenes

En adolescentes, múltiples estudios informaron una buena precisión de los instrumentos breves de una o dos preguntas y el AUDIT para detectar abuso de alcohol en cualquier nivel de gravedad, pero solo un estudio (n=225) en adolescentes de una escuela secundaria alemana evaluó la precisión del AUDIT-C para detectar el espectro completo de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol y reporta: S 0,73 (IC95% 0,6 a 0,83) y E 0,81 (IC95% 0,74 a 0,86) para el punto de corte óptimo de 5 o más (analizando en conjunto ambos sexos). Con respecto al AUDIT, el mismo estudio (n=225) informó una S de 0,66 (IC95% 0,53 a 0,77) y una E de 0,86 (IC95% 0,8 a 0,9) cuando se utiliza el punto de corte estándar de 8 o superior. El punto de corte óptimo informado en este estudio fue 6 o más, con una S de 0,79 (IC95% 0,66 a 0,87) y una E de 0,79 (IC95% 0,73 a 0,85).

En jóvenes, un estudio que evaluó las características del AUDIT C informó una S 0,98 (IC95% 0,93 a 0,99) y una E 0,47 (IC95% 0,38 a 0,56) para las mujeres con un punto de corte de 3 o superior. El punto de corte óptimo en este estudio fue >5 para las mujeres (S 0,82 IC95% 0,73 a 0,88 y E 0,82 IC95% 0,74 a 0,88). Para los varones con un punto de corte >4, la S fue de 0,97 (IC95% 0,92 a 0,99) y la E fue de 0,4 (IC95% 0,3 a 0,5). El punto de corte óptimo en este estudio fue >7 para los varones (S 0,8 IC95% 0,71 a 0,86 y E 0,88 IC95% 0,79 a 0,93).

Por otro lado, la S del AUDIT fue relativamente alta en dos estudios que evaluaron consumo nocivo (S 0,82 IC95% 0,72 a 0,88) en el punto de corte estándar de 8 o más (n=660) y la E fue de 0,79 y 0,78 (IC95% 0,72 a 0,84). El punto de corte óptimo fue de 7 o más para un estudio (S 0,88 IC95% 0,79 a 0,93 y E 0,7 IC95% 0,64 a 0,76). Los valores de S y E del AUDIT tendieron a ser más amplios para detectar todo el espectro del consumo nocivo que en aquellos para detectar consumo de riesgo: S 0,68 (IC95% 0,6 a 0,75) y 0,82 (IC95% de 0,74 a 0,89) y E 0,75 (IC95% de 0,68 a 0,81) y 0,72 (IC95% 0,65 a 0,77), respectivamente para un punto de corte de 8 o más. El punto de corte óptimo osciló entre 6 o más y 8 o más en tres estudios que informaron la precisión de la prueba para cualquier punto de corte (S 0,73 a 0,82 IC95% 0,65 a 0,89 y E 0,67 a 0,78 IC95% 0,6 a 0,79).

En jóvenes (de 18 a 25 años de edad), los puntos de corte óptimos para detectar consumo nocivo fueron más altos que para adolescentes (de 12 a 18 años de edad).

Personas adultas

Para el AUDIT-C, la S para detectar el consumo de alcohol perjudicial o de riesgo en personas adultas fue similar a los



instrumentos de uno o dos ítems. En la mayoría de los estudios, la S osciló entre 0,73 a 0,97 para las mujeres (IC95% 0,62 a 0,99; n=2.714) para el punto de corte estándar >3, y para los varones la S osciló entre 0,82 y 1 (IC95% de 0,75 a 1; n=1.038) para el punto de corte estándar >4; pero el rango de E informado fue mucho más amplio: 0,28 a 0,91 (IC95% 0,21 a 0,93) y 0,34 a 0,89 (IC95% 0,25 a 0,92) para mujeres y hombres, respectivamente. Los puntos de corte óptimos informados con mayor frecuencia fueron >4 y >5. En 8 estudios, la S en los puntos de corte óptimos osciló entre 0,74 y 0,92 (IC95% 0,62 a 0,98) y la E osciló entre 0,66 y 0,89 (IC95% 0,59 a 0,92). Los rangos de S fueron similares para detectar abuso o dependencia en lugar del espectro completo del consumo de alcohol de riesgo o perjudicial, pero con valores de E más altos en los puntos de corte estándar.

Para el AUDIT, el punto de corte recomendado de 8 o más, se asocia a una amplia gama de S para detectar el consumo de riesgo de alcohol en la población general de adultos (S 0,38 a 0,73 (IC95% 0,33 a 0,84), pero una alta E 0,89 a 0,97 (IC95% 0,84 a 0,98; n=8.852). Los estudios realizados en entornos de atención primaria mostraron un mejor equilibrio de S y E en puntos de corte de 3, 4 o 5 (rango de S 0,64 a 0,86 (IC95% 0,57 a 0,91); rango de E 0,74 a 0,94 (IC95% 0,68 a 0,95; n=2.782). En general, los adultos mayores tendían a tener puntos de corte óptimos más bajos que la población adulta general.

Para las personas adultas, el instrumento de 1 sola pregunta recomendada por el NIAAA (“¿Cuántas veces en el último año ha bebido 5/4 (hombres/mujeres) o más tragos en un día?”) mostró una S entre 0,73 y 0,88 (IC95% 0,65 a 0,89) y una E de 0,74 a 1 (IC95% 0,69 a 1) para detectar el consumo de riesgo o perjudicial de alcohol (n=44.461).

Un artículo publicado por Cremonte y col. en 2010, realizado en Argentina, México y EE.UU., evaluó las características psicométricas de AUDIT, CAGE, RAPS4 y TWEAK y las comparó en los tres países^[55]. Se incluyeron participantes >18 años de los servicios de urgencias de Mar del Plata, Argentina, Pachuca, México y Santa Clara, EE.UU. Se incluyeron en el análisis sólo a aquellos pacientes que reportaron haber consumido al menos una bebida durante los últimos 12 meses (bebedores actuales): 85% en Argentina (n=662), 34% en México (n=559) y 72% en Estados Unidos (n=884). Las pérdidas de seguimiento fueron del 8% en Argentina, 7% en México y 27% en EE. UU. Los pacientes recibían un cuestionario que incluía, entre otros ítems, la Sección de Alcohol de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI, Organización Mundial de la Salud, 1993) para obtener un diagnóstico de dependencia del alcohol durante los últimos 12 meses según el DSM-IV e ítems que comprenden el AUDIT, CAGE, RAPS4 y TWEAK. El punto de corte en el que una prueba se consideró positiva fue: AUDIT completo (puntuación ponderada de 8), CAGE (1), RAPS4 (1) y TWEAK (puntuación ponderada de 2). La S y la E para AUDIT, CAGE, RAPS4 y TWEAK se estimaron para cada país frente a un diagnóstico estándar de dependencia del alcohol según los criterios DSM-IV obtenidos del núcleo CIDI. Se evaluó la validez concurrente de los instrumentos más breves (CAGE, RAPS4 y TWEAK) mediante la estimación de su correlación de Pearson con las puntuaciones totales del AUDIT (como la escala más larga). La S y E para los distintos instrumentos en los 3 países fueron:

País	Sensibilidad	Especificidad
AUDIT		
Argentina (n=599)	93	80
México (n=526)	92	98
EE.UU. (n=801)	94	81

País	Sensibilidad	Especificidad
CAGE		
Argentina (n=528)	75	87
México (n=541)	92	64
EE.UU. (n=860)	96	68

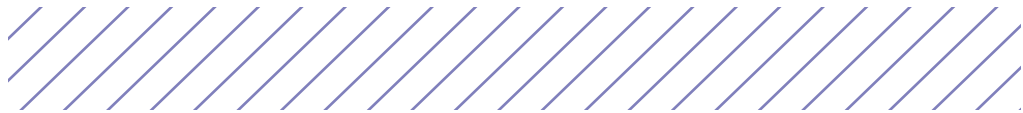
País	Sensibilidad	Especificidad
RAPS-4		
Argentina (n=594)	89	87
México (n=540)	92	98
EE.UU. (n=844)	95	75

País	Sensibilidad	Especificidad
TWEAK		
Argentina (n=528)	98	67
México (n=539)	90	98
EE.UU. (n=801)	91	81

La consistencia interna del AUDIT fue buena (>0,80) en los 3 países. En Argentina y México el AUDIT y el RAPS4 mostraron la mayor validez. Con algunas excepciones, todos los ítems mostraron buenos poderes de discriminación.

Otro estudio publicado en Argentina analizó la confiabilidad interna y la validez de algunos de los instrumentos utilizados frecuentemente para identificar trastornos por consumo de alcohol (AUDIT, AUDIT-C, TWEAK, RAPS-QF y T-ACE) durante el embarazo^[56]. Se incluyeron puérperas de la provincia de Santa Fé, Argentina, durante las 48 horas posteriores al parto (n=641), de entre 13 y 44 años (M 25,6). Se analizaron las curvas ROC y la S y E de cada instrumento utilizando diferentes puntos de corte. El estándar de oro utilizado para el diagnóstico de consumo de riesgo y perjudicial fue la Sección de Alcohol de la CIDI. Todos los instrumentos mostraron áreas bajo las curvas ROC por encima de 0,80. Se mostraron S y E similares para el TWEAK, el T-ACE, el AUDIT-C y el AUDIT completo con amplia superposición de los IC95%. La puntuación óptima de corte para el AUDIT completo fue 4, mientras que para el AUDIT-C fue 3.

Prueba diagnóstica	Punto de corte	S y E para trastorno por consumo de alcohol		VPP		VPN	
		S (IC95%)	E (IC95%)	Positivo (IC95%)	Negativo (IC95%)	Positivo (IC95%)	Negativo (IC95%)
AUDIT completo	4	0,87 (0,74 a 0,94)	0,86 (0,83 a 0,89)	0,36 (0,28 a 0,45)	0,64 (0,55 a 0,72)	0,99 (0,97 a 0,99)	0,01 (0 a 0,03)
AUDIT-C	3	0,90 (0,78 a 0,96)	0,79 (0,76 a 0,82)	0,28 (0,21 a 0,35)	0,72 (0,65 a 0,79)	0,99 (0,97 a 0,99)	0,01 (0 a 0,03)
TWEAK	2	0,96 (0,86 a 0,99)	0,77 (0,73 a 0,80)	0,27 (0,21 a 0,34)	0,73 (0,66 a 0,79)	0,99 (0,98 a 0,99)	0,01 (0 a 0,02)
RAPS-QF	1	0,79 (0,65 a 0,88)	0,82 (0,79 a 0,85)	0,28 (0,21 a 0,36)	0,72 (0,64 a 0,79)	0,98 (0,96 a 0,99)	0,02 (0,01 a 0,04)
T-ACE	2	0,96 (0,86 a 0,99)	0,76 (0,72 a 0,79)	0,26 (0,20 a 0,33)	0,74 (0,67 a 0,80)	0,99 (0,98 a 0,99)	0,01 (0 a 0,02)



Anexo 5. Elaboración de las recomendaciones

Es importante resaltar que tanto los usuarios como los destinatarios nunca deberían ver las recomendaciones (R) como obligación. Incluso las R fuertes basadas en evidencia de alta calidad no se aplicarán a todas las personas ni a todas las circunstancias.

Marco de traspaso de la Evidencia a la Recomendación

Las R se elaboran como respuesta a las PC a partir del perfil de evidencia y tabla SoF conforme a un marco de traspaso de la evidencia a la decisión del inglés "Evidence to Decision" (EtD), es decir, la R. Dicho marco, es una herramienta que tiene por objetivo facilitar el proceso de traspaso de la evidencia y se construyó a partir de las opiniones del panel acerca de cada intervención a evaluar según los criterios GRADE seleccionados: balance entre beneficios y riesgos, preferencias de las personas, uso de recursos y factibilidad de implementación. A partir de este marco de traspaso se determina la dirección y la fuerza de cada R.

Las R fueron redactadas de modo conciso con suficiente detalle de la acción a seguir. A su vez, se tuvo presente la secuencia clara entre las mismas, evitando ambigüedades o contradicciones para ser valoradas formalmente por el panel.

La R final es producto de un consenso basado en los juicios de los miembros del panel, informados por la evidencia presentada por el EE y su experticia y experiencia. Para cada intervención evaluada se explicitan las consideraciones y conclusiones del panel (ver "Preguntas clínicas y marco de traspaso de la evidencia a las R. Marco GRADE EtD").

Calidad de la Evidencia y Fuerza de la Recomendación

La calidad de la evidencia indica hasta qué punto podemos confiar en que el estimador del efecto es correcto, y la fuerza de una R significa hasta qué punto podemos confiar en que poner en práctica una recomendación conlleva más beneficios que riesgos.

La fuerza (o grado) de las recomendaciones, resultante de los marcos GRADE-EtD, si bien se trata de un continuo, se expresa con terminología categórica: recomendación fuerte a favor (hazlo), recomendación condicional a favor (probablemente hazlo), recomendación fuerte en contra (no lo hagas), recomendación condicional en contra (probablemente no lo hagas) (figura 3).

Figura 3. Grado de las recomendaciones a favor o en contra.



Así el sistema GRADE permite calificar de forma independiente la calidad de la evidencia y la fuerza de la recomendación ya que no sólo la calidad de la evidencia incide en la fuerza (Tabla A.4.).

Tabla A.4. Definición y alcance de las recomendaciones fuertes y condicionales

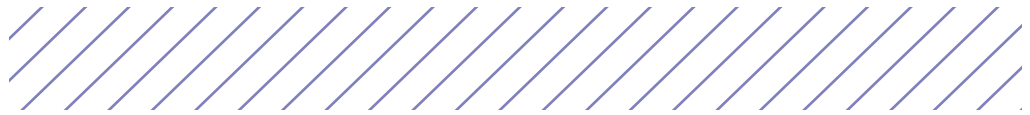
Grado de la R	Beneficio contra riesgo y costos	Implicancias para la práctica clínica	Implicancias para los pacientes	Implicancias para la salud pública
Fuerte recomienda	El balance beneficio/ riesgo y de uso de recursos es claramente favorable.	La recomendación se aplica a la mayoría de las personas.	La mayoría de las personas querría recibir la intervención y sólo una minoría no lo querría.	La recomendación puede ser adoptada como política en la mayoría de las situaciones.
Condiciona sugiere	El balance beneficio/riesgo y de uso de recursos tienen un margen estrecho	La mejor acción puede variar según circunstancias o valores de la persona o la sociedad. Se requiere ayudar a las personas a tomar una decisión consistente con sus valores.	La mayor parte de las personas querrían recibir la intervención, pero muchas podrían no aceptarla.	Es necesario un debate sustancial con la participación de todos los interesados.

Valoración de los criterios por el panel interdisciplinario de consenso

Se constituyó un panel interdisciplinario de consenso conformado por profesionales del equipo de salud de distintas disciplinas, especialidades y regiones del país. El 1 de octubre de 2021 se realizó una primera reunión por medios virtuales durante la cual se presentaron los alcances de la GPC, el proceso metodológico, las PC, se completaron las declaraciones de potenciales conflictos de interés y se propuso la metodología de trabajo conjunto. Durante el encuentro el panel priorizó las PC en función de su relevancia y ponderó los desenlaces/resultados (outcomes) a fin de seleccionar los importantes y críticos. A su vez tuvieron la oportunidad de proponer nuevas PC y nuevos desenlaces (outcomes). Todas las PC propuestas por el EE fueron consideradas relevantes (tabla A.2.1.) y se estableció la importancia de cada desenlace (tabla A.2.2.). El EE procesó las declaraciones de conflictos de interés.

La metodología de trabajo propuesta consistió en un intercambio a distancia a través del cual el panel ponderó los cinco criterios y una segunda reunión al final del proceso para el consenso definitivo de la fuerza y dirección de las R realizada el 14 de julio de 2022 en reunión por medios virtuales.

La valoración de los criterios GRADE fue realizada por cada miembro del panel en forma ciega a la respuesta de sus pares siguiendo la modalidad Delphi-RAND. La información producida por el EE fue compartida con el panel a través de formularios electrónicos (formulario de Google®) con opción de respuesta dicotómica o múltiple con escala de Likert. Cada formulario incluyó las PC junto con la síntesis de evidencia y las tablas SoF de resumen para cada una de las intervenciones evaluadas y el enunciado de los criterios a valorar. En todos los casos era obligatorio justificar la respuesta. Además, podían aportar RS-MA para el período de búsqueda acordado, que considerasen omitidas por parte del EE o para fundamentar en caso de disenso.



Anexo 6. Revisión externa

Una vez realizado el consenso formal e incorporadas sus conclusiones al documento, es necesario someter la guía a evaluación externa para garantizar la rigurosidad del proceso y contribuir a incrementar la legitimidad y credibilidad de la misma.

La guía fue revisada por la Dra. en Psicología Mariana Cremonte y la Lic. en Psicología María Rabanal, para realizar la revisión externa.

Ambas resaltaron el trabajo de elaboración realizado, el detalle de la estrategia para la búsqueda (términos de búsqueda empleados, las fuentes consultadas y el rango de fechas cubierto), y el formato PICO para la pregunta con relación lógica entre las variables consideradas.

Acordaron en que la valoración de la calidad se describe de manera crítica y clara y que los métodos para formular las R son claros y de fácil lectura para el equipo de salud.

Asimismo, manifestaron que las recomendaciones abarcan de modo claro los beneficios, así como los potenciales riesgos de las intervenciones y se encuentra una relación entre las recomendaciones y la evidencia presentada que se muestra en cada recomendación y comentario.

A su vez acordaron en que han sido tomados en cuenta los valores y las preferencias de la población destinataria. En un caso se señala que el panel de expertos es quien valora las preferencias de pacientes. Respuesta: dentro de los integrantes del panel, participó una representante de los grupos de autoayuda por lo que además de la opinión general del panel, se contó con la opinión directa de una paciente.

Respecto a la claridad de la presentación de cada R, concuerdan con que las R son claras y presentan un orden coherente entre ellas. Una de las revisoras agrega que las R van desde un tipo de intervención más "superficial" (detección de riesgo) hacia una intervención con mayor profundidad (consejo en relación con el riesgo detectado). Además, el orden va en consonancia con las 5 A o pasos de la IB, lo cual resulta sumamente pedagógico ya que podría funcionar potenciando el efecto de transmisión de la tarea a realizarse (la intervención breve para la detección y abordaje del consumo de riesgo y/o perjudicial de alcohol)

Ambas revisoras propusieron mejoras de redacción que se agradecen e incorporan.

Una revisora cuestiona la definición de consumo perjudicial considerando cantidades, y propone cambiarla por la definición del ICD-11. Respuesta: se decide mantener las definiciones de la OMS para tipos de consumos de alcohol, pero se modifica la redacción considerando su comentario, quedando de la siguiente manera: "El consumo perjudicial se refiere a aquel que conlleva consecuencias tanto para la salud física como para la salud mental de la persona y se asocia generalmente con el consumo regular promedio de más de 40 g de alcohol al día en mujeres (más de 3 UBE) y de más de 60 g al día en hombres (más de 4 UBE)."

Una revisora propone modificar la explicación de la interpretación del resultado de la herramienta AUDIT relativizando la interpretación categórica de los puntajes. Respuesta: se considera y modifica la interpretación de dicha herramienta, quedando de la siguiente manera:

"Registrar en la historia clínica la cantidad de consumiciones (UBE) y las conclusiones del puntaje final:

- Puntuaciones de 8 a 15 se asociarían generalmente con consumo de alcohol.
- Puntuaciones de 16 a 19 podrían indicar consumo perjudicial de alcohol.
- Puntuaciones de 20-40 podrían indicar consumo dependiente.

Como con cualquier herramienta diagnóstica, la precisión del AUDIT se encuentra limitada por su sensibilidad y especificidad. Así algunas personas con puntuaciones cercanas pero menores a 16 podrían presentar un consumo perjudicial y otras con puntuaciones cercanas pero menores a 20 podrían presentar un consumo dependiente. Por lo tanto, es importante aplicar el juicio clínico y revisar las respuestas a las preguntas individuales relacionadas con síntomas de

dependencia (preguntas 4, 5 y 6) y problemas relacionados con el alcohol (preguntas 9 y 10) para orientar la intervención. (WHO. AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol Pautas para su utilización en Atención Primaria. 2001).”

Una revisora menciona que en la recomendación y comentario 9 se utiliza la clasificación abuso y/o dependencia de alcohol, la cual fue eliminada del DSM-5 y sugiere el uso de “uso perjudicial o dependencia o consumo problemático, trastorno por uso de alcohol según figura en el DSM-5 o directamente solo dependencia. Respuesta: se considera el comentario y se modifica por dependencia.

Una revisora sugiere agregar en el comentario de la recomendación 14 la necesidad de protección de los menores a las estrategias de marketing. Respuesta: se considera y se agrega al comentario: “Asimismo, la influencia social y la publicidad, promoción y patrocinio de bebidas con alcohol podrían impulsar su consumo en NNyA^[20].”



Anexo 7. Estrategias de implementación

La implementación de una GPC supone la puesta en marcha de todo un proceso encaminado a trasladar sus R a la práctica para alcanzar el objetivo con el que fueron elaboradas.

Este proceso incluye el diseño de múltiples intervenciones con el objetivo de:

- Aumentar el conocimiento, para que el equipo de salud y la población conozcan las R de la GPC.
- Cambiar actitudes, de modo que quienes integran el equipo de salud se convenzan de que las R propuestas permiten mejorar los estándares de atención.
- Cambiar los hábitos y comportamientos de su práctica, aplicando las R de la GPC, teniendo en cuenta además las preferencias de la población destinataria y el impacto económico y administrativo.
- Modificar resultados, es decir, mejorar la calidad de atención y en definitiva la salud de la población con la adopción de las R de la GPC.

Además de la difusión a través de los referentes provinciales, las sociedades científicas y demás entidades que integraron el panel interdisciplinario, así como las presentaciones en congresos, jornadas y otros eventos, la DNAIENT, conjuntamente con la elaboración de GPC, diseña y lleva adelante una estrategia de implementación tendiente a trasladar sus R a la práctica y facilitar la toma de decisiones del equipo de salud. Esta estrategia integra acciones multidimensionales compuestas por:

- Elaboración y disseminación de versiones abreviadas de las GPC.
- Recordatorios.
- Intervenciones mediadas por pacientes.
- Intervenciones económicas.
- Capacitaciones.

Versiones abreviadas

Tienen como propósito, diseminar e implementar GPC, incorporando herramientas prácticas que faciliten la aplicación de las R. Para ello integran las R de la guía extensa, R extrapoladas de otras GPC ya elaboradas que complementan o amplían las primeras; textos explicativos, cuadros, algoritmos y otras herramientas prácticas, para facilitar su implementación.

Dentro de las herramientas desarrolladas para favorecer la implementación de las GPC destaca el “Manual para el abordaje integral de las enfermedades no transmisibles en el primer nivel de atención” que consolida las R de todas ellas con la incorporación de herramientas prácticas y la aplicación para dispositivos móviles “Salud-ENT” que incluye los contenidos del manual organizados en módulos junto a herramientas interactivas disponibles fuera de línea.

Recordatorios

Como recordatorios, se elaboran algoritmos diagnósticos y terapéuticos que pueden imprimirse para tenerlos accesibles en los consultorios de los centros de salud, en la enfermería o, adaptados para la comunidad, en la sala de espera. A su vez, resulta efectivo incorporar un sistema de alertas a la historia clínica electrónica para promover la aplicación de las R de las GPC.

Intervenciones mediadas por pacientes

Se desarrollan materiales gráficos y videos educativos para que la población conozca las intervenciones recomendadas por las guías para prevenir y controlar adecuadamente las ENT y sus factores de riesgo y puedan solicitarlas si no las reciben. A su vez, se capacita al equipo de salud en herramientas para ofrecer educación para el automanejo de enfermedades crónicas y de abordaje de los factores de riesgo a su población a cargo.

Intervenciones económicas

Se transfieren incentivos económicos a las provincias para mejorar los procesos de atención de las personas con ENT y sus factores de riesgo, favoreciendo así la aplicación de las R fuertes de las GPC.

Capacitaciones

Se elaboran y ofrecen capacitaciones en formato presencial y virtual que, a través de la estrategia de réplica, pretenden acercar los contenidos de las GPC y demás herramientas a los equipos de salud, con foco en el primer nivel de atención.



Bibliografía

1. World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health 2018. Geneva. 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>.
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020. Washington, D.C.; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275322215>.
3. Secretaría de Políticas Integrales Sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR). Resumen de los resultados del Estudio 2017 de Consumo de Sustancias Psicoactivas. Población de 12 a 65 años. Buenos Aires, 2017. Disponible en: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/INFORMACINZPARAZCOMUNICACINZPRENSA.pdf>.
4. Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Mundial de Salud Escolar 2018. Argentina. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/encuesta-mundial-de-salud-escolar-2018-resumen-ejecutivo>.
5. Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018. Argentina. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_principales-resultados.pdf.
6. Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2019. Indicadores seleccionados de salud y nutrición población materno-infantil. Argentina.
7. Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. 2008. Washington, D.C.: OPS.
8. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias. Manual para uso en la atención primaria. 2011. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85401/9789275332344_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
9. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. 2007.
10. Panin F, Peana AT. Sleep and the Pharmacotherapy of Alcohol Use Disorder: Unfortunate Bedfellows. A Systematic Review With Meta-Analysis. *Front Pharmacol* [Internet]. 2019 [cited 2022 Aug 17];0. Available from: <http://dx.doi.org/10.3389/fphar.2019.01164>
11. Guillamón MC, 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 castellano [Internet]. Vol. 11, Adicciones. 1999. p. 337. Available from: <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.613>
12. Ministerio de Transporte, ANSV. Estudio sociocultural sobre percepciones, creencias y actitudes de la población argentina en torno a la Seguridad Vial. 2017. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_sociocultural_sobre_seguridad_vial.pdf.
13. Ministerio de Transporte Argentina. Informe: principales indicadores de la seguridad vial con perspectiva de género en Argentina. 2021. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/12/ansv_informe_seguridad_vial_con_perspectiva_de_genero_diciembre_2021.pdf.
14. Williams JF, Smith VC, COMMITTEE ON SUBSTANCE ABUSE. Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Pediatrics*. 2015 Nov;136(5): e1395–406.
15. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Sistema informático perinatal para la gestión (SIP-G). Indicadores básicos 2018. República Argentina.
16. Alcohol labelling - A discussion document on policy options (2017). 2020 Oct 19 [cited 2022 Jan 14]; Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2017/alcohol-labelling-a-discussion-document-on-policy-options-2017>
17. Hingson RW, Zha W, Iannotti RJ, Simons-Morton B. Physician Advice to Adolescents About Drinking and Other Health Behaviors [Internet]. Vol. 131, *Pediatrics*. 2013. p. 249–57. Available from: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2012-1496>
18. Siqueira L, Smith VC, Levy S, Ammerman SD, Gonzalez PK, Ryan SA, et al. Binge Drinking [Internet]. Vol. 136, *Pediatrics*. 2015. p. e718–26. Available from: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2015-2337>
19. Martino SC, Collins RL, Ellickson PL, Schell TL, McCaffrey D. Socio-environmental influences on adolescents' alcohol outcome expectancies: a prospective analysis. *Addiction*. 2006 Jul;101(7):971–83.
20. Aprender a ser mujer, aprender a ser varón: relaciones de género y educación: esbozo de un programa de acción. Noveduc Libros; 127 p.
21. WWAP. Informe Mundial de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo de los Recursos Hídricos 2019: no dejar a nadie atrás. UNESCO Publishing; 2019. 214 p.
22. Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, Oxman A. (2013). Manual GRADE para calificar la calidad de la evidencia y la fuerza de la recomendación [Internet]. P.A Orrego & M.X. Rojas (Trans.) Mar 2017. Available from: [Publicación Original: http://gdt.guidelinedevelopment.org/app/handbook/handbook.html](http://gdt.guidelinedevelopment.org/app/handbook/handbook.html)

23. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Directriz para el fortalecimiento de los programas nacionales de guías informadas por la evidencia. Una herramienta para la adaptación e implementación de guías en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2018.
24. World Health Organization (WHO). Who Handbook for Guideline Development. 2015. 178 p.
25. Consorcio AGREE. Instrumento para la Evaluación de Guías de Práctica Clínica. Brouwers MC, editor. The AGREE Research Trust; 2009.
26. US Preventive Services Task Force, Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, et al. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2018 nov 13;320(18):1899–909.
27. National Institute for Care and Health Excellences (NICE). Alcohol-use disorders: diagnosis and management (QS11); 2011. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/qs11.
28. National Institute for Care and Health Excellences (NICE). Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence (CG115); 2011. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>.
29. National Institute for Care and Health Excellences (NICE). Alcohol-use disorders: prevention (PH24); 2010. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/ph24.
30. Butt PR, White-Campbell M, Canham S, Johnston AD, Indome EO, Purcell B, et al. Canadian Guidelines on Alcohol Use Disorder Among Older Adults [Internet]. Vol. 23, *Canadian Geriatrics Journal*. 2020. p. 143–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.5770/cgj.23.425>
31. Kaner EFS, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations [Internet]. Vol. 2018, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd004148.pub4>
32. Platt L, Melendez-Torres GJ, O'Donnell A, Bradley J, Newbury-Birch D, Kaner E, et al. How effective are brief interventions in reducing alcohol consumption: do the setting, practitioner group and content matter? Findings from a systematic review and meta-regression analysis. *BMJ Open*. 2016 Aug 11;6(8):e011473.
33. Foxcroft DR, Coombes L, Wood S, Allen D, Santimano NMLA, Moreira MT. Motivational interviewing for the prevention of alcohol misuse in young adults [Internet]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd007025.pub4>
34. Smedslund G, Wollscheid S, Fang L, Nilsen W, Steiro A, Larun L. Effects of early, computerized brief interventions on risky alcohol use and risky cannabis use among young people. *Campbell Syst Rev*. 2017 Jan;13(1):1–192.
35. Kelly S, Olanrewaju O, Cowan A, Brayne C, Lafortune L. Interventions to prevent and reduce excessive alcohol consumption in older people: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2018 Mar 1;47(2):175–84.
36. Erng MN, Smirnov A, Reid N. Prevention of Alcohol-Exposed Pregnancies and Fetal Alcohol Spectrum Disorder Among Pregnant and Postpartum Women: A Systematic Review. *Alcohol Clin Exp Res*. 2020 Dec;44(12):2431–48.
37. Handmaker NS, Miller WR, Manicke M. Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. *J Stud Alcohol*. 1999 Mar;60(2):285–7.
38. Chang G, McNamara TK, John Orav E, Koby D, Lavigne A, Ludman B, et al. Brief Intervention for Prenatal Alcohol Use: A Randomized Trial [Internet]. Vol. 105, *Obstetrics & Gynecology*. 2005. p. 991–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/01.aog.0000157109.05453.84>
39. Fleming MF, Lund MR, Wilton G, Landry M, Scheets D. The Healthy Moms Study: the efficacy of brief alcohol intervention in postpartum women. *Alcohol Clin Exp Res*. 2008 Sep;32(9):1600–6.
40. Marais S, Jordaan E, Viljoen D, Olivier L, de Waal J, Poole C. The effect of brief interventions on the drinking behaviour of pregnant women in a high-risk rural South African community: a cluster randomised trial [Internet]. Vol. 181, *Early Child Development and Care*. 2011. p. 463–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/03004430903450392>
41. Osterman R, Lewis D, Winhusen T. Efficacy of motivational enhancement therapy to decrease alcohol and illicit-drug use in pregnant substance users reporting baseline alcohol use. *J Subst Abuse Treat*. 2017 jun; 77:150–5.
42. O'Connor MJ, Whaley SE. Brief Intervention for Alcohol Use by Pregnant Women [Internet]. Vol. 97, *American Journal of Public Health*. 2007. p. 252–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.2005.077222>
43. Ondersma SJ, Beatty JR, Svikis DS, Strickler RC, Tzilos GK, Chang G, et al. Computer-Delivered Screening and Brief Intervention for Alcohol Use in Pregnancy: A Pilot Randomized Trial [Internet]. Vol. 39, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2015. p. 1219–26. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/acer.12747>
44. Yonkers KA, Forray A, Howell HB, Gotman N, Kershaw T, Rounsaville BJ, et al. Motivational enhancement therapy coupled with cognitive behavioral therapy versus brief advice: a randomized trial for treatment of hazardous substance use in pregnancy and after delivery. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012 Sep;34(5):439–49.
45. Ondersma SJ, Svikis DS, Thacker LR, Beatty JR, Lockhart N. A randomised trial of a computer-delivered screening and brief intervention for postpartum alcohol use. *Drug Alcohol Rev*. 2016 Nov;35(6):710–8.



46. Aldana Lichtenberger, Karina N. Conde, Raquel I. Peltzer, Paula Gimenez, Mariana Cremonte. Research Group on Psychoactive substances and injuries- Institute of Basic Psychology, Applied and Development of Psychological Technology (IPSIBAT)- National Scientific and Technical Research Council (CONICET)- National University at Mar del Plata, Mar del Plata, Argentina. Brief intervention for alcohol use in pregnant women: evidence of newborns health indicators in Argentina. *Addiction Science & Clinical Practice* 2018, 13(Suppl 1): A29.
47. O'Connor EA, Perdue LA, Senger CA, Rushkin M, Patnode CD, Bean SI, et al. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: An Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2018.
48. Mason M, Light J, Campbell L, Keyser-Marcus L, Crewe S, Way T, et al. Peer Network Counseling with Urban Adolescents: A Randomized Controlled Trial with Moderate Substance Users [Internet]. Vol. 58, *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2015. p. 16–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2015.06.013>
49. Transcultural adaptation and validation of the CRAFFT as a screening test for problematic alcohol and substance use, abuse and dependence in a group of Argentine adolescents [Internet]. Vol. 113, *Archivos Argentinos de Pediatría*. 2015. Available from: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.eng.114>
50. Haug S, Castro RP, Kowatsch T, Filler A, Dey M, Schaub MP. Efficacy of a web- and text messaging-based intervention to reduce problem drinking in adolescents: Results of a cluster-randomized controlled trial [Internet]. Vol. 85, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2017. p. 147–59. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000138>
51. Conde K, Brandariz RA, Lichtenberger A, Cremonte M. The Effectiveness of a Brief Intervention for Reducing Adolescent Alcohol Consumption. *Rev Cienc Salud*. 2018;16(3):393-407. doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7261>
52. Gimenez, P. V., Conde, K., Lichtenberger, A., Peltzer, R., & Cremonte, M. Preliminary results of a study on the effectiveness of Normative Feedback as an active ingredient of Brief Intervention to reduce alcohol consumption among university students in Argentina. *Grupo de Sustancias Psicoactivas y Lesiones por Causa Externa. Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología (IPSIBAT)-UNMdP-CONICET. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina*. 2018.53. Smith PC, Schmidt SM, Allensworth-Davies D, Saitz R. Primary care validation of a single-question alcohol screening test. *J Gen Intern Med*. 2009 Jul;24(7):783–8.
54. O'Connor EA, Perdue LA, Senger CA, Rushkin M, Patnode CD, Bean SI, et al. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults [Internet]. Vol. 320, *JAMA*. 2018. p. 1910. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2018.12086>
55. Cremonte, M., et al., Psychometric properties of alcohol screening tests in the emergency department in Argentina, Mexico and the United States, *Addictive Behaviors* (2010), doi:10.1016/j.addbeh.2010.03.021
56. Mariana Beatriz López, Aldana Lichtenberger, Karina Conde, Mariana Cremonte. Psychometric Properties of Brief Screening Tests for Alcohol Use Disorders during Pregnancy in Argentina. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2017; 39(07): 322-329. Disponible en://doi.org/ 10.1055/s-0037-1603744.

*primero
la gente*



Ministerio de Salud
Argentina