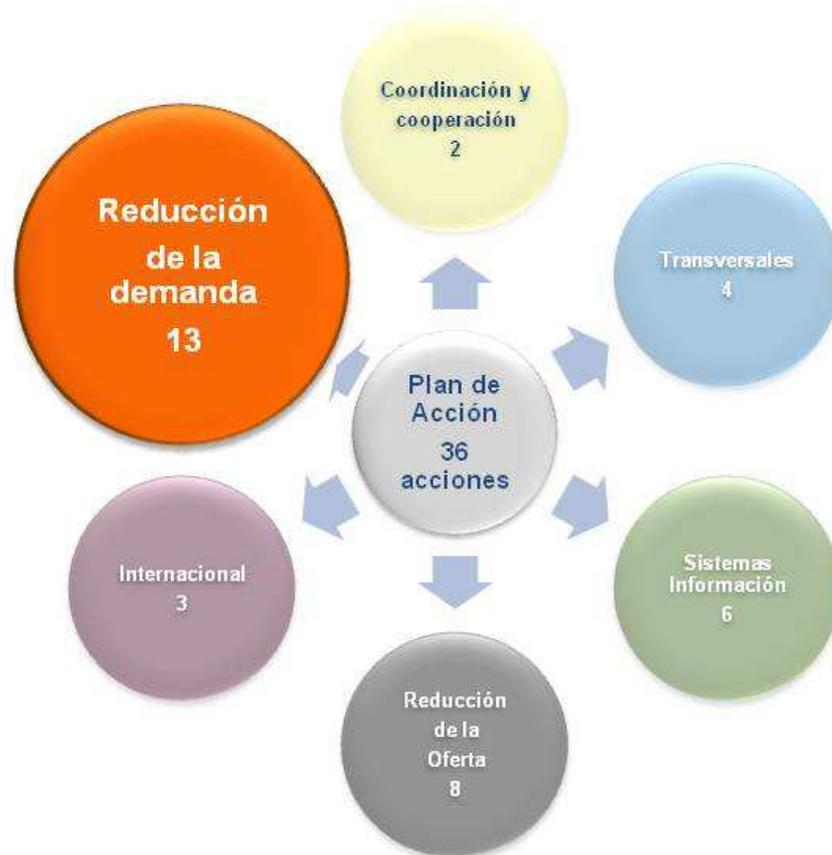


# ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS 2009-2016

## PLAN DE ACCIÓN SOBRE DROGAS 2013-2016



### ACCIÓN 8: PROYECTO DE MEJORA DE DETECCIÓN E INTERVENCIÓN BREVE EN BEBEDORES DE RIESEGOEN AP Y URGENCIAS

PROYECTO PILOTO DEL CRIBADO E INTERVENCIÓN BREVE SOBRE EL CONSUMO DE RIESGO Y PERJUDICIAL DE ALCOHOL EN ATENCIÓN PRIMARIA Y URGENCIAS HOSPITALARIAS

## **Grupo de Trabajo**

**Líder:** Joan Colom Farrán (Subdirector General Drogodependencias. GENCAT)

**Coordinadora:** Lidia Segura García (Subdirección General Drogodependencias. GENCAT)

**Secretaria:** Subdirección General Drogodependencias. GENCAT

### **Comunidades Autónomas**

Canarias: Baltasar Fernández da Ponte Mato y Marta Artilés Hernández.

Castilla- La Mancha: Olaia Fernández Fernández, Isabel Montoya Creus.

Castilla y León: M<sup>a</sup> Ángeles de Álvaro Prieto

Extremadura: Victoria Boticario Villarroel, María del Mar Sánchez Fernández

Navarra: Raquel González Eransus.

### **Administración General del Estado**

M<sup>a</sup> Victoria Librada Escribano y Vicenta Lizarbe: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad

### **ONG**

OSASUN EKINTZA: Patricia Insúa Cerretani

### **Personas Expertas**

Rodrigo Córdoba García (Médico de Familia, Zaragoza)

María Falcón (Universidad de Murcia)

José Ramón Fernández Hermida (Colegio Oficial de Psicólogos)

Antonio Gamonal García (Ayuntamiento Collado-Villalba)

Rosa Freixedas Casaponsa (ICS, GENCAT)

Antoni Gual i Solé (Hospital Clínico, Barcelona)

Gorka Moreno (Proyecto Hombre , Navarra)

Beatriz Rosón (Hospital de Bellvitge, Barcelona)

Gabriel Rubio (Hospital Universitarios 12 de Octubre, Madrid)

### **Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas**

Jesús Morán Iglesias (Jefe de Servicio de Estadística en Drogodependencias)

***ESTRATEGIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y  
EVALUACIÓN DEL PROYECTO PILOTO DEL  
CRIBADO E INTERVENCIÓN BREVE SOBRE EL  
CONSUMO DE RIESGO Y PERJUDICIAL DE  
ALCOHOL EN ATENCIÓN PRIMARIA Y URGENCIAS  
HOSPITALARIAS***

---

# INDICE

1. Introducción
2. Objetivos
3. Fase inicial:
  - 3.1. Establecer un equipo de trabajo
  - 3.2. Colaboradores responsables de la implementación en los centros sanitarios
  - 3.3. Contexto y población diana
  - 3.4. Análisis de barreras, facilitadores, fortalezas e impactos positivos
4. Intervenciones.
  - 4.1. Análisis basal
    - 4.1.1. Objetivos
    - 4.1.2. Actividades
    - 4.1.3. Método de evaluación
  - 4.2. Formación
    - 4.2.1. Objetivos
    - 4.2.2. Actividades
    - 4.2.3. Método de evaluación
  - 4.3. Adaptación local, a nivel de centro de la guía
    - 4.3.1. Objetivos
    - 4.3.2. Actividades
    - 4.3.3. Método de evaluación
  - 4.4. Piloto de la guía en la práctica clínica
    - 4.4.1. Objetivos
    - 4.4.2. Actividades
    - 4.4.3. Método de evaluación
5. Evaluación
6. Difusión de la guía
  - 6.1.1. Objetivos
  - 6.1.2. Actividades
  - 6.1.3. Método de evaluación

**7. Informe final**

**8. Cronograma**

**9. Referencias**

**10. Anexos**

**10.1. Fase inicial**

**A. Ficha de registro para el equipo de trabajo**

**B. Colaboradores de los centros sanitarios (líderes locales)**

**C. Rol profesional que realiza cada intervención**

**D. Ruta asistencial**

**E. Herramienta para identificar y evaluar las barreras, facilitadores, fortalezas e impactos positivos**

**10.2. Guía de recomendaciones clínicas basados en la evidencia, para el manejo, del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en atención primaria y urgencias hospitalarias en adultos y jóvenes**

**10.3. Evaluación del conocimiento de las guías y sus recomendaciones por parte de los profesionales asistenciales.**

**10.4. Evaluación de la actitud de los profesionales asistenciales**

**10.5. Cuadro de indicadores de evaluación**

**10.6. Modelo de informe final de las CCAA sobre el piloto**

## 1. Introducción

Este documento se desarrolla en el marco de la Acción 8 “**PROYECTO DE MEJORA DE LOS PROCESOS DE DETECCIÓN PRECOZ E INTERVENCIÓN BREVE EN BEBEDORES DE RIESGO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y EN URGENCIAS HOSPITALARIAS (ESPECIAL ATENCIÓN A JÓVENES)** de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016.

Tiene por objetivo aportar unas pautas para el pilotaje de las guías desarrolladas en el marco de dicha Acción 8 para la detección precoz e intervención breve en bebedores de riesgo adultos y jóvenes en el ámbito de la Atención Primaria y urgencias hospitalarias.

Los contenidos de estas estrategias incorporan los resultados del trabajo desarrollado en el marco del proyecto europeo BISTAIRS ([www.bistairs.eu](http://www.bistairs.eu)), así como las recomendaciones del Plan de Calidad para la implementación de guías clínicas en el Sistema Nacional de Salud<sup>1</sup> y la evidencia recopilada en fases previas de la misma Acción 8.

Se han elaborado a partir de los resultados del cuestionario respondido por las CCAA en cuanto a dificultades y necesidades para la implementación del cribado e intervención breve en consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en adultos y jóvenes en Atención Primaria y urgencias hospitalarias.

El presente documento está dividido en secciones donde se detallan los pasos previos a la implementación del piloto de la guía, como hacer la implementación y su evaluación.

Los anexos incluyen la guía de recomendaciones clínicas, la estructura del informe de resultados y todas las plantillas necesarias para hacer la recogida de información que será necesaria para la correcta evaluación de la acción.

Finalmente adjuntos a este documento están los materiales de apoyo a la implementación de los pilotos de la guía.

## **2. Objetivos**

El objetivo de la Acción 8 es mejorar la calidad de la actuación de los servicios de atención primaria y de urgencias hospitalarios mediante la capacitación de los profesionales y el diseño conjunto de procedimientos de atención con el objetivo principal de la reducción de daños (morbimortalidad directa e indirecta) y la detección y derivación de los pacientes a unidades de atención especializada (en cambios de conducta). Así, también se persigue promover la coordinación entre la atención primaria y los centros de atención a drogodependientes con el propósito de generar sinergias en el abordaje de los problemas ocasionados por el consumo de alcohol. Específicamente, la acción 8 tiene por objetivos:

- 1- Difundir en el ámbito de la Atención Primaria y urgencias hospitalarias el cribado e intervención breve a población joven y adulta.
- 2- Mejorar el conocimiento y habilidades de los profesionales de la Atención Primaria y urgencias hospitalarias en el manejo de instrumentos de cribado e intervención breve en población joven y adulta.
- 3- Identificar barreras, facilitadores, fortalezas e impactos positivos de la implementación del cribado e intervención breve en población joven y adulta en el ámbito de la Atención Primaria y urgencias hospitalarias.
- 4- Ofrecer pautas para el pilotaje en las CCAA, de las guías para la detección precoz e intervención breve en bebedores de riesgo adultos y jóvenes en el ámbito de la Atención Primaria y urgencias hospitalarias.
- 5- Ofrecer indicadores para la evaluación del pilotaje en las CCAA, de las guías para la detección precoz e intervención breve en bebedores de riesgo adultos y jóvenes en el ámbito de la Atención Primaria y urgencias hospitalarias

### **3. Fase inicial**

En esta sección se detallan los pasos previos a realizar antes de llevar a cabo los pilotos.

Es necesario tener una visión global de los diversos actores implicados y de las distintas etapas, para poder profundizar en cada una de ellas. Además, es necesario tener claramente identificado al promotor, en caso de que exista, y las fuentes de financiación.

Las plantillas para la recogida de información acerca de esta fase se encuentran en el anexo 1.

Es importante mantener un registro regular de todo el proceso para facilitar la posterior tarea de evaluación y conclusiones.

#### **3.1. Equipo de implementación a nivel de CCAA.**

En primer lugar se establecerá en cada CCAA participante un equipo de trabajo multidisciplinar y con representación de los distintos niveles asistenciales implicados en el pilotaje. Esto es: representantes de la administración de la CCAA encargada del pilotaje, representantes de la organización sanitaria que acogerá el pilotaje, de los centros y los profesionales asistenciales (personal médico y personal de enfermería principalmente) que pilotarán. Idealmente, se buscará el input de representantes de los pacientes (ej. asociaciones) en algún momento del pilotaje. Es importante elaborar una ficha con los datos de los miembros que conforman el equipo de trabajo (anexo 1.A)

Será necesario convocar una primera reunión para establecer la función de cada uno de los miembros del equipo:

- Contactar y mediar con los centros colaboradores
- Identificar líderes a nivel de centro que lideren el pilotaje a nivel local
- Hacer un seguimiento del pilotaje

- Recogida de información
- Informar a los centros participantes del resultado del pilotaje
- Aportar input de experto en la identificación de barreras , facilitadores, fortalezas e impactos positivos del pilotaje

El equipo de trabajo se reunirá regularmente para establecer el plan de trabajo más adecuado al contexto y situación específico de la comunidad autónoma, monitorizar y resolver los obstáculos que puedan surgir. En los anexos 1.B. y 1.C. se facilitan fichas de registro tanto de las reuniones como de las tareas a realizar.

### **3.2. Identificar y contactar con los colaboradores responsables de la implementación en los centros sanitarios**

El responsable del equipo de implementación a nivel de CCAA identificará los centros donde se llevará a cabo el pilotaje de la implementación de las guías, obteniendo un consentimiento formal de su participación en el piloto si procede (anexo 1.D). De tal forma, se establecerá una estructura local facilitadora de dicha implementación que facilite:

- Liderar procesos de cambio a nivel local
- Identificar los profesionales asistenciales que realizaran el cribado y la intervención breve.
- La formación de los profesionales asistenciales
- Identifique rutas asistenciales locales
- Identifique la existencia a nivel local de instrumentos de cribado y la práctica habitual relacionada con el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en la población diana y en los ámbitos de estudio.
- Reporte datos de cribado e intervención breve realizados en el centro

Idealmente, el equipo local será multidisciplinar, e incluirá representantes de los distintos niveles asistenciales de la zona implicados (Atención Primaria, Atención Especializada y

urgencias hospitalarias). La identificación de un líder clínico local que tenga una alta influencia entre los demás profesionales aumenta las probabilidades de éxito de la implementación. Una vez formado el grupo de coordinación de centro será necesario registrar los miembros del equipo (anexo 1.A.), las reuniones del mismo (anexo 1.B.), las tareas derivadas (anexo 1.C.), escoger el personal asistencial que realizará cada intervención y las tareas que realizarán (anexo 1.E.).

Es posible que los centros requiera un protocolo para el comité ético del centro (anexo externo)

### **3.3. Contexto y población diana**

En España, el Sistema Nacional de Salud está compuesto por diecisiete servicios de salud con diferentes realidades sanitarias con diferentes formas de gestión, regulación, planificación y provisión, y resulta complicado desarrollar estrategias integrales. En algunas comunidades autónomas se han desarrollado leyes y modelos de acreditación o planes de salud que podrían facilitar procesos de implementación; pero no son uniformes en toda España. Por todo ello, en nuestro entorno parece más apropiado un abordaje de los procesos de implementación a nivel autonómico, así pues la evaluación del contexto es sumamente importante<sup>1</sup>:

- Es importante identificar los profesionales asistenciales (personal médico, personal de enfermería...) que realizarán el cribado y la intervención breve, así como los niveles asistenciales (gestoría, dirección del centro, personal formador, personal médico, personal de enfermería, atención primaria, urgencias, centros especializada etc...) en el proceso de implementación de las guías y evaluar su capacidad de interacción y de influencia.
- La calidad de las relaciones entre los profesionales.
- Oportunidades para compartir información, resolver dudas.
- Analizar los recursos económicos disponibles tanto humanos (tiempo disponible para formación) como materiales (disponibilidad de los test de cribado en la historia clínica

electrónica, infraestructuras como espacio suficiente para la intervención breve en urgencias hospitalarias)

- Prever el impacto de la implementación en la organización, por ejemplo en carga asistencial en la AP o número de derivaciones a la especializada.
- Conocer los sistemas de información disponibles. Son claves tanto para implementar como evaluar. Así pues, la implementación debe adaptarse de forma local según las posibilidades de los sistemas de información.
- Conocer la cultura de la organización. Por ejemplo, ¿se utiliza la evidencia científica en la práctica clínica? ¿Existen líderes a nivel de centro que puedan facilitar la implementación?

En nuestro caso, nos centramos en el contexto de Atención Primaria, urgencias hospitalarias, y los servicios hospitalarios correspondientes que reciban las derivaciones oportunas. Dicha información se recoge tanto en el apartado anterior (3.2.) como en el siguiente (3.4.). La población diana se refiere tanto a jóvenes como adultos. Aun así, pueden existir grupos específicos relevantes en función del tipo de dispositivo y su ubicación. Para recoger dicha información se facilita una ficha en el anexo 1.F.

### **3.4. Análisis de barreras, facilitadores, fortalezas e impactos positivos a nivel autonómico / local**

El equipo de trabajo a nivel de CCAA y a nivel de centro, identificarán y analizarán las barreras, facilitadores, fortalezas e impactos positivos locales a través de entrevistas a coordinadores/as de centro (anexos 1.G. ) a nivel de:

- profesional sanitario: competencia, actitudes, opiniones, motivación para el cambio y características individuales.

- contexto social y población diana: (1) perfil de los pacientes (sexo, edad, etnia etc...) que pueda influir en la toma de decisiones clínicas; y (2) la influencia de la opinión de los compañeros de trabajo.
- a nivel de organización: (1) organización y estructura; y (2) medidas económicas.
- Aspectos relacionados con las guías a implementar: el formato de las guías puede ser visto como complejo, demasiado extenso etc...

#### **4. Intervenciones.**

Una vez creados los equipos de coordinación y realizada la identificación de profesionales que participarán en el piloto será necesario elaborar un análisis basal, una formación específica de los contenidos que ofrecen las guías así como una adaptación de ésta a las rutas asistenciales locales -en el caso que no existan, la guía ofrece un marco conceptual para su desarrollo-. Por cada uno de estos pasos se describen a continuación los objetivos, métodos, actividades e indicadores de evaluación. Así mismo, en cada apartado se especifican los anexos donde se encuentran las plantillas para la recogida de información que permitirá hacer la evaluación de esta sección.

##### **4.1. Análisis basal**

Para el desarrollo de la implementación pero sobre todo para la evaluación de su impacto, es importante la realización de un análisis basal, previo a la implementación.

##### **4.1.1. Objetivos**

1. Evaluar el nivel de información, actitudes y conductas de los profesionales clínicos (principalmente personal médico y personal de enfermería) hacia las personas con un consumo de riesgo y perjudicial de alcohol así como la efectividad de las herramientas disponibles para la atención a estas personas.

2. Describir la situación previa al pilotaje en cuanto a la implementación del cribado e intervención breve en los ámbitos y población diana.

#### **4.1.2. Actividades**

1. Distribución de cuestionarios dirigidos a los profesionales clínicos para el objetivo 1 (anexo 2.A., externo).
2. Extracción de datos de la historia clínica para objetivo 2 (anexo 2.B.). En Atención Primaria, los datos se recogerán por centro y durante el período de los últimos dos años previos a la intervención para los adultos y el último año para los jóvenes. En el caso de urgencias, se registrará la actividad durante el último año. La información que debe ser recogida se encuentra en el apartado prevalencias de la ficha “análisis basal” del Anexo 6.

#### **4.1.3. Método de evaluación**

Los indicadores de este apartado se encuentran en los anexos 6 y miden el grado de acuerdo con una serie de ítems relacionados con el conocimiento, la actitud y la conducta.

*Indicadores de evaluación:*

1. Puntuación en conocimiento de las guías y sus recomendaciones (anexo 2.A. para distribuir a profesionales antes de la formación, Anexo 6 para rellenar desde la organización )
2. Puntuación de actitud sobre la intervención en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en la población y contexto objetivo (anexo 2.A. para distribuir a profesionales, Anexo 6 para rellenar desde la organización )
3. Puntuación de conducta sobre la intervención en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en la población y contexto objetivo (Anexo 2.A. para distribuir a profesionales, Anexo 6 para rellenar desde la organización )

4. Prevalencias de cribado en atención primaria y urgencias de personas adultas y personas jóvenes (Anexo 6).

#### **4.2. Formación**

La formación de los profesionales es esencial para una correcta implementación de la guía. Es importante establecer los objetivos así como evaluar el impacto de la formación. En el anexo 3.A. se facilita una propuesta de plan para la formación y en el anexo 3.B. un cuestionario (anexo externo) para recoger el impacto de la formación en los y las profesionales.

##### **4.2.1. Objetivo**

1- Mejorar el conocimiento del cribado e intervención breve del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol de adultos y jóvenes, entre los profesionales de Atención Primaria y urgencias hospitalarias

##### **4.2.2. Actividades**

Formación online y presencial

##### **4.2.3. Método de evaluación**

Para la evaluación de los objetivos de este apartado es necesario utilizar indicadores dentro de los anexos 6. El cuestionario (anexo 3.B.) será distribuido a los y las profesionales una vez realizada la formación para su autoevaluación y ver la evolución de los ítems recogidos. La ficha “formación” en el Anexo 6 será rellenada por la organización.

*Indicadores de evaluación:*

- 1- Puntuación en conocimiento de las guías y sus recomendaciones posterior a la formación (Anexo 3.B. para profesionales y Anexo 6 para organización).
- 2- Puntuación de actitud sobre la intervención en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en la población y contexto objetivo posterior a la formación (anexo 3.B. para profesionales y Anexo 6 para organización).

- 3- Puntuación de conducta sobre la intervención en el consumo de riesgo (anexo 3.B. para profesionales y anexo 6 para organización).
- 4- Prevalencias de profesionales de Atención Primaria y Urgencias asistentes a cursos de formación (Anexo 6).
- 5- Satisfacción de los participantes con los contenidos y el formato de las sesiones formativas (Anexo 6).

#### **4.3. Adaptación local, a nivel de centro, de la guía**

En el marco de la Acción 8, se han elaborado unas guías de recomendaciones clínicas basadas en la evidencia, para el manejo del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en atención primaria y urgencias hospitalarias en adultos y jóvenes que se encuentran en el anexo 4 (anexo externo). Se han diseñado de forma extensa, para incluir la actual evidencia científica en el cribado e intervención breve en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en adultos y jóvenes en atención primaria y urgencias hospitalarias. En esta sección se describen los pasos para llevar a cabo su implementación.

Una vez definido el equipo de profesionales que formaran parte del piloto y su formación es necesario adaptar las guías facilitadas en el anexo 4.E. a las rutas asistenciales más adecuadas al contexto del centro. Así como traducirlas al idioma utilizado en la CCAA. La adaptación de la guía al centro requiere consenso con el hospital y simplicidad para facilitar la formación.

##### **4.3.1. Objetivos**

Identificar los servicios locales disponibles para la atención al consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en jóvenes y adultos y las rutas asistenciales de derivación.

1. Adaptar las recomendaciones de las guías a la cultura local (instrumentos de cribado existentes, idioma local ...)

#### **4.3.2. Actividades**

Reuniones de equipo local a nivel de centro, responsable de implementación y aplicación de métodos de mejora de la calidad (mapa de procesos). Buscar el consenso entre actores. Es preferible derivar dentro del mismo centro (si es posible).

#### **4.3.3. Método de evaluación**

Evaluación cualitativa.

*Indicadores de evaluación:*

- 1- Existencia de rutas asistenciales locales (ficha adaptación local de las guías en el Anexo 6).

#### **4.4. Piloto de la guía en la práctica clínica**

El piloto de la guía se pone en marcha una vez conformados el equipo de trabajo, la estrategia a seguir, identificados los centros, formado a profesionales y adaptado las guías a la realidad específica.

##### **4.4.1. Objetivos**

- 1- Uso de los instrumentos de cribado del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol de jóvenes y adultos en el ámbito de la Atención Primaria y urgencias hospitalarias.
- 2- Aplicación de la intervención breve según las guías para la detección precoz e intervención breve en bebedores de riesgo adultos y jóvenes en el ámbito de la Atención Primaria y urgencias hospitalarias.

##### **4.4.2. Actividades**

Cribado e intervención breve por parte de los profesionales de Atención Primaria y urgencias hospitalarias del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en adultos y jóvenes. Es recomendable que el piloto se inicie poco después de que tenga lugar la formación y tenga una duración de entre 4 y 12 semanas.

Será necesario facilitar una hoja de consentimiento informado al paciente (anexo 5.A.).

Es necesario hacer un registro de los casos cribados. Para facilitar la actividad de los y las profesionales es recomendable que la herramienta sea incluida en la historia clínica de forma electrónica. En el anexo 5.B. se ofrece una propuesta de plantilla con los campos a rellenar. Conviene recordar que aunque es un programa voluntario es recomendable también hacer el registro de aquellas personas que no quieren participar y el motivo. Hay que recordar que las intoxicaciones agudas son conductas de riesgo que requieren un seguimiento. También se facilita una ficha de registro para posibles incidencias durante el transcurso de los pilotos (anexo 5.C.). En el anexo 5.D. (externo) se facilitan dípticos informativos para facilitar a los pacientes.

A partir de la experiencia previa de algunas CCAA es recomendable tener en cuenta las siguientes cuestiones:

- Es preferible escoger un periodo sin festivos o circunstancias específicas (período gripe).
- En hospitales de gran tamaño realizar el piloto en espacio breve de tiempo durante las 24 horas con todo el personal del servicio implicado.
- En hospitales de tamaño pequeño implicar jefe/a de servicio para promover la participación del resto de personal.
- Preguntar por otras sustancias si se detecta consumo de riesgo
- Disponer de una herramienta de intervención para los tutores.

#### **4.4.3. Método de evaluación**

La evaluación de esta etapa se realiza con métodos cuantitativos incluidos en el Anexo 6.

### *Indicadores de evaluación:*

1. Porcentaje de participación de centros de atención primaria y urgencias (Anexo 6)
2. Prevalencias de cribado en atención primaria y urgencias de personas adultas y personas jóvenes (Anexo 6)
3. Prevalencias de consejo breve en atención primaria y urgencias de personas adultas y personas jóvenes (Anexo 6)

## **5. Evaluación**

Cada CCAA seleccionará los indicadores de evaluación según los elementos que implemente y su contexto local, especialmente en cuanto a disponibilidad de fuentes de información.

La evaluación tendrá en cuenta una evaluación del coste así como un análisis de género.

En el Anexo 6 se especifican los indicadores de evaluación.

## **6. Difusión de las guías**

Una vez concluidos todos los pasos anteriores y realizada la evaluación de los pilotos es necesario hacer la difusión de los principales resultados para que la evidencia pueda ser usada para liderar el cambio.

### **6.1.1. Objetivos**

- 1- Dar a conocer las guías para la detección precoz e intervención breve en bebedores de riesgo adultos y jóvenes en el ámbito de la Atención Primaria y urgencias hospitalarias

### **6.1.2. Actividades**

1. Difundir materiales informativos
2. Presentaciones en los centros de Atención Primaria y urgencias hospitalarias

## **3. Método de evaluación**

Evaluación cuantitativa

*Indicadores de evaluación:*

1. Número de centros de Atención Primaria que disponen de las guías/Número total de centros de Atención Primaria \* 100
2. Número de centros de urgencias hospitalarias que disponen de las guías/Número total de centros de urgencias hospitalarias \* 100

## **7. Informe Final**

Las CCAA responsables de pilotar las guías, realizarán un informe final, con una descripción del proceso y los principales resultados de este.

El objetivo es identificar buenas prácticas para la transferencia de los elementos clave para el éxito de la implementación de las guías en el sistema nacional de salud siguiendo el esquema proporcionado (Anexo 7).

En este sentido, es recomendable ir guardando información detallada de todo el proceso a medida que este vaya transcurriendo para facilitar la elaboración del informe.

## 8. Cronograma

Aunque la acción tiene unos intervalos temporales, estos pueden variar en cada CCAA.

	Fecha inicio	Fecha final	
<b>Fase inicial</b>			9. R eferenci as
Establecer equipo de implementación a nivel de CCAA			
Identificar centros de Atención Primaria pilotos			
Identificar centros de urgencias hospitalarias pilotos			
Establecer equipo de implementación a nivel local			
Análisis de barreras , facilitadores, fortalezas e impactos positivos			1- G rupos de trabajo sobre GPC. Implem entació n de Guías
<b>Análisis basal</b>			
Entrevistas a profesionales			
Extracción de datos de la historia clínica			
<b>Formación</b>			
Formación presencial			
Formación online			
<b>Adaptación local</b>			
Adaptación de las guías a nivel de zona			
Elaboración de rutas asistenciales locales			
<b>Piloto de las guías</b>			
Uso de las guías por parte de los centros			
<b>Evaluación</b>			
Presentación de resultados finales			
<b>Difusión de las guías</b>			
Difusión de materiales informativos			
Presentación de las guías en los centros de Atención			

de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS, 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS. ISBN: 978-84-613-4429-1.

## 10. Anexos.

### ANEXO 1 – FASE INICIAL

La fase inicial del proyecto, donde se crean los equipos de trabajo, se identifican los agentes relevantes y el contexto, y se adaptan los materiales específicamente, dispone de las siguientes fichas que deben ser rellenas por la coordinación de cada CCAA y/o los dispositivos que participen en los pilotos.

#### Anexo 1.A – Ficha de registro para el equipo de trabajo (CCAA y dispositivo)

La siguiente ficha ha sido pensada para mantener un registro de las personas que formen parte del equipo de trabajo que coordinará la Acción 8 en cada CCAA y del equipo de trabajo de cada dispositivo. Agregar las filas que sean necesarias con tal de incluir todas las personas.

CCAA \_\_\_\_\_ Dispositivo (si procede): \_\_\_\_\_

Fecha	Posición	Nombre	Ámbito	Profesión	Dirección y email	Rol dentro del equipo

#### Anexo 1.B – Ficha de registro para las reuniones de los equipos de trabajo (CCAA y dispositivo)

La siguiente ficha ha sido pensada para registrar las reuniones de los equipos de trabajo tanto del grupo coordinador de la CCAA como de los dispositivos que participen en los pilotos. Agregar o eliminar campos y filas cuando se crea conveniente.

CCAA: \_\_\_\_\_ Dispositivo (si procede): \_\_\_\_\_

Fecha	Participantes	Temas agenda	Principales elementos	Principales logros

--	--	--	--	--

*\*Completar una plantilla por CCAA y una por dispositivo*

### **Anexo 1.C – Ficha de registro hoja de ruta y tareas (CCAA y dispositivo)**

La siguiente ficha ha sido pensada para registrar las tareas que se deriven de las reuniones de los equipos de trabajo tanto del grupo coordinador de la CCAA como de los dispositivos que participen en los pilotos. Agregar o eliminar campos y filas cuando se crea conveniente.

CCAA: \_\_\_\_\_ Dispositivo (si procede): \_\_\_\_\_

Que	Quien	Cómo	Cuando (fecha límite)	Comentarios

*\*Completar una plantilla por CCAA y una por dispositivo*

### **Anexo 1.D – Formulario compromiso centro**

Este formulario debe ser rellenado por los responsables de los centros que participen en el piloto (si procede).

## Formulario ético

### Compromiso centro

El/la responsable ..... de .....dispositivo de AP / Ucias ubicado en:  
.....

### Declara que:

Ha sido informado/a de la finalidad del estudio, y de la voluntariedad de la participación del centro en él. Así mismo, ha informado a los y las profesionales del centro de dicha participación.

Además, declara ser consciente que:

1. La participación no conlleva riesgos más allá de lo habitual
2. Los datos recogidos para el proyecto por el equipo de analisis serán guardados y sólo utilizados en el marco de esta investigación. En todo momento será conservado el anonimato de los y las participantes según la ley de protección de datos contempla.

Entendiendo que las condiciones establecidas en este documento serán cumplidas, yo autorizo la participación de este centro en el estudio así como a recoger datos y a publicarlos de forma agregada en un artículo científico si el equipo coordinador así lo decide.

....., ..... 2016

Nombre completo director/a: \_\_\_\_\_

Firma director/a: \_\_\_\_\_

### Anexo 1.E – Rol profesional que realizara cada intervención

La siguiente ficha ha sido pensada para mantener un registro de las diferentes funciones del personal asistencial de los centros sanitarios que colaborarán en la Acción 8 en cada CCAA. Agregar las filas que sean necesarias con tal de incluir todas las personas.

CCAA: \_\_\_\_\_ Dispositivo: \_\_\_\_\_

Profesional	Cribado	Intervención breve	Intervención extensa	Derivación
Medicina de familia				
Enfermería atención primaria				
Medicina de urgencias				
Enfermería urgencias				
Otros				

### Anexo 1.F – Ficha Identificación población diana

Debido a las características del dispositivo y su ubicación es posible que exista una población de riesgo relevante. La siguiente ficha ha sido pensada para recoger la población diana en la que cada dispositivo participante se centrará.

CCAA: \_\_\_\_\_ Dispositivo: \_\_\_\_\_

Población de riesgo	Atención primaria	Urgencias
Nuevos registros (universal)		
Revisiones rutinarias (universal)		
Riesgo a terceros (conducción...)		
Violencia y delito (cualquier)		
Daño relacionado con alcohol (comorbilidad)		

<b>Lesiones relacionadas con alcohol</b>		
<b>Otros grupos de riesgo (embarazadas, mayores, jóvenes)</b>		

### **Anexo 1.G – Herramienta para identificar y evaluar las barreras, facilitadores, fortalezas e impactos positivos (plantilla entrevista)**

Esta herramienta puede ser utilizada, tanto por el equipo de trabajo a nivel de CCAA como a nivel de centro, para identificar las barreras que pueden impedir el éxito de la implementación de las guías de recomendaciones para el manejo del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol así como, facilitadores, fortalezas e impactos positivos detectados. En el caso que éste análisis se realice a nivel de CCAA, se identificarán barreras, facilitadores, fortalezas e impactos positivos comunes a los centros participantes. Cuando se realice por los centros pilotos, se identificarán barreras, facilitadores, fortalezas e impactos positivos específicas del centro y los servicios asistenciales implicados.

La herramienta propone dos partes. Una primera parte semiestructurada donde la persona entrevistada menciona de forma poco guiada aquellos elementos que considera pueden ser barreras durante la implementación y sus facilitadores.

En la segunda parte se proponen una serie de barreras que hay que señalar si se consideran amenazas en el centro, así como facilitadores, fortalezas e impactos positivos que hay que indicar y puntuar en función de la expectativa o de lo observado.

La siguiente ficha propone una serie de preguntas para realizar entrevistas a coordinadores/as de centro.

<b>Identificar barreras/facilitadores</b>	
<b>Metodología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevistas semi-estructuradas. Tener un guion de los temas a tratar pero sacar temas de forma espontánea en la conversación.</li> <li>• Gravar conversación y transcribir (preferiblemente) para poder analizar los contenidos</li> <li>• Análisis temático de los contenidos: agrupar contenidos según temas más recurrentes. El anexo 1.H. propone algunos temas (añadir o eliminar filas si es necesario).</li> </ul>

<b>Preguntas</b>	<p>Por favor, explíquenos....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué barreras (organizacionales, profesionales y de pacientes o contexto social) y dificultades prevé durante la implementación del piloto?</li> <li>• ¿Cómo cree que es posible superar dichas barreras o dificultades? ¿Qué facilitadores o estrategias podrían ser necesarias para introducir el cribado y el consejo breve en la práctica clínica habitual?</li> <li>• ¿Qué fortalezas cree que tiene la organización para implementar el piloto?</li> <li>• ¿Qué impactos positivos cree que puede generar o ha generado la implementación del piloto?</li> </ul>
------------------	---

*[Los siguientes cuadros deben ser impresos y mostrados a la coordinación del centro.]*

Señale las barreras que cree que pueden ser una amenaza para la implementación de la detección precoz e intervención breve en su centro, sugiera facilitadores para superar dichas barreras y, finalmente, valore hasta qué punto cree que podrán ser útiles.

Marque con una cruz	Barreras	Facilitadores	Nivel de éxito de 0 (nada) a 7 (mucho).
<b>Profesional sanitario</b>			
	Poca motivación de los profesionales		
	Poca motivación de los coordinadores de los dispositivos asistenciales		
	Formación escasa de personal médico y enfermería de A.P. y UH en intervención breve		
	Asociar el cribado de jóvenes a indicadores e incentivos		
	Liberación del personal incluido en el estudio piloto para poder realizar un correcto desempeño de su trabajo		
	Sistema de refuerzo para los participantes		
	Falta de acuerdo en las recomendaciones		
<b>Nivel de Pacientes y contexto social</b>			
<b>Perfil de los pacientes</b>			
	Dificultad de acceder a población joven, quien acude poco a consulta		
	No percepción del consumo de alcohol como problema por parte de la población		
	Falta de adherencia al tratamiento por parte de los pacientes		
<b>A nivel de organización</b>			
<b>Organización y estructura</b>			
	Sobrecargas asistenciales		
	Rotación del personal		
	Dificultades en el ámbito de urgencias por las características propias del servicio		
	Necesidad de definir el lugar de la atención a		

	jóvenes: AP o Pediatría		
	Necesidad de disponer de un espacio de intimidad en urgencias		
	Dificultades de colaboración entre niveles asistenciales e instituciones implicadas		
	Dificultades asociadas a los sistemas de información		
	Falta de acreditación de la formación		
	Falta de apoyo metodológico para implementar y evaluar		
<b>Medidas económicas</b>			
	Falta de financiación para sustituciones del personal que se está formando		
	Falta de incentivos a los profesionales que implementan		
	Falta de financiación para la adaptación local de las guías (traducción ...)		
<b>Aspectos relacionados con las guías</b>			
	Recomendaciones demasiado complejas		

Indicar si se detectaron **fortalezas de la organización** (aspectos internos organización previos al proyecto) durante el transcurso de la preparación que facilitasen la implementación y valorar el grado de impacto que tuvieron en el piloto

<b>Fortalezas (aspectos previos)</b>	<b>Nivel de facilitación de 0 (nada) a 7 (mucho).</b>
Sensibilidad de los profesionales respecto la necesidad de abordar el consumo perjudicial de alcohol.	
Alta motivación de los profesionales	
Nivel de formación sobre el tema previo	
Experiencia previa del centro participando en pilotos/actividades similares	
Herramientas en la historia electrónica	
Materiales	
Coordinación entre servicios	
Otros	
(Indicar)	

Indicar que **impactos positivos** ha tenido la preparación e implementación del piloto (aunque no esté terminado) y valorar el grado de impacto

<b>Fortalezas (aspectos previos)</b>	<b>Nivel de impacto de 0 (nada) a 7 (mucho).</b>
Sensibilidad de los profesionales respecto la necesidad de abordar el consumo perjudicial de alcohol.	
Mayor formación	
Herramientas en la historia electrónica	
Elaboración de materiales	
Coordinación entre servicios	
Otros	

(indicar)	
-----------	--

## **ANEXO 2 – ANALISIS BASAL**

En esta fase se facilitará un cuestionario al equipo de profesionales que participaran en el piloto y se recogerán los datos en las fichas facilitadas, se recogerán datos de la historia clínica y se aplicarán métodos de mejora de la calidad.

### **Anexo 2.B. – Ficha de recogida datos historia clínica**

Esta herramienta recoge la información de la historia clínica que será utilizada como indicadores en el análisis basal.

**CCAA:**.....

**Nombre dispositivo:**.....

**Tipo de centro:** ...Atención primaria

...Urgencias

#### **Datos previos de cribado y consejo breve centro**

(Rellenar los datos para los dos últimos años en el caso de centro AP y un año centros Ucias)

Población adulta:

Número de mujeres adultas atendidas:.....

Número de hombres adultos atendidos:.....

Número **total** de adultos atendidos:.....

Número de mujeres adultas cribadas:.....

Número de hombres adultos cribados: .....

Número **total** de población adulta cribada: .....

Población joven:

Número de mujeres jóvenes atendidas:.....

Número de hombres jóvenes atendidos:.....

Número **total** de jóvenes atendidos:.....

Número de mujeres jóvenes cribadas:.....

Número de hombres jóvenes cribados: .....

Número **total** de población joven cribada: .....

### **ANEXO 3 – FORMACION**

En este apartado se encuentra una propuesta de plan para la formación y un cuestionario para evaluar el impacto de dicha formación en el equipo de profesionales que participaran en el piloto.

#### **Anexo 3.A. – Plan formación**

Para que la formación sea efectiva es necesario diseñar un plan. Determinar cuáles son los objetivos y pensar cómo formar, cómo implementar y cómo evaluar.

**Población diana:** Todos/as los/las profesionales de los dispositivos serán invitados a participar voluntariamente.

#### **Objetivos:**

- Explicar la detección e intervención breve
- Enseñar cómo realizar la detección de consumo de riesgo (instrumentos y puntos de corte)
- Enseñar cómo realizar una intervención breve
- Definir los criterios de derivación y las rutas asistenciales

**Duración:** 2 sesiones (de 55 minutos) que puede ser programada en un mismo día en función de las necesidades del dispositivo.

#### **Material:**

- Manual de formación
- Diapositivas
- Documentos de trabajo

#### **Preparación:**

1. Familiarizarse con los recursos primarios y secundarios
2. Identificar necesidades de formación por cada dispositivo y estimar la duración y enfoque de la formación
3. Identificar y adaptar un espacio apropiado para la formación
4. Preparar materiales

El plan de formación incluye una evaluación del nivel de conocimientos, actitudes y conductas de las personas que reciben dicha formación. Esta evaluación puede ayudar a diseñar el programa más

apropiado según necesidades. Aun así, eso no significa que se deba ir más allá de los objetivos planteados en los manuales.

Durante la planificación es necesario contemplar las responsabilidades del alumnado que puede diferir, de cara a maximizar el beneficio de la formación. Es decir, es posible que haya personas encargadas de la detección otras de la IB y otras de ambas tareas y por tanto con necesidades distintas.

**Evaluación:** Se pasarán a los y las participantes unos cuestionarios para evaluar el cambio en conocimiento, actitudes y conductas.

#### **Anexo 4.E – Ruta asistencial dispositivo**

Se trata de una herramienta que explica el proceso que sigue el paciente dentro del sistema sanitario para obtener el diagnóstico, tratamiento y seguimiento que requiere su patología. En ella se especifica, dónde recibirá la intervención, quien la ofrecerá y los contenidos de dicha intervención. Añadir tantas filas como sea necesario.

En el caso del piloto, las guías elaboradas en el marco de la Acción 8 proponen una base para la elaboración de rutas locales.

CCAA: \_\_\_\_\_

Nombre centro	Tipo dispositivo (AP o Ucias)	Tipo paciente (Adulto o joven)	Nombre unidad/centro de derivación especializada

#### **Anexo 5 - Pilotos**

En este apartado se facilitan los materiales para la realización de los pilotos

##### **Anexo 5.A. – Consentimiento informado paciente**

Yo, ..... (nombre completo)

**Declaro que:**

Ha sido informado/a de la finalidad del estudio y que mi participación es voluntaria.

Además, soy consciente que:

1. La participación no conlleva riesgos más allá de lo habitual

2. Los datos recogidos para el proyecto por el equipo de analisis serán guardados y sólo utilizados en el marco de esta investigación. En todo momento será conservado el anonimato de los y las participantes según la ley de protección de datos contempla.

Entendiendo que las condiciones establecidas en este documento serán cumplidas, yo autorizo mi participación en el estudio así como a recoger datos y a publicarlos de forma agregada en un artículo científico si el equipo coordinador así lo decide.

....., ..... 2016

Firma: \_\_\_\_\_.

### Anexo 5.B. Herramienta de registro

**Profesional (nombre y posición):**

.....

**Datos de paciente:**

**Fecha de visita:**

Genero: .....hombre .....  
 .....mujer

Edad: ..... años

**Detección precoz:** (indicar puntuación obtenida en cada test realizado y marcar con una x si es superior al punto de corte correspondiente, respuesta múltiple)

Test	Población	Punto de corte
AUDIT – C	Hombres adultos	≥ 5
AUDIT – C	Mujeres adultas	≥ 4
AUDIT – C	Jóvenes (hombres y mujeres)	≥ 3
AUDIT	Hombres adultos	> 7
AUDIT	Mujeres adultas	> 5
CRAFFT	Jóvenes (hombres y mujeres)	≥ 2
NIAAA	Jóvenes (hombres y mujeres)	Consultar guía
CIE 10	Población adulta (hombres y mujeres)	Consultar guía

.....AUDIT-C ..... puntuación ..... positivo ..... negativo

.....AUDIT ..... puntuación ..... positivo ..... negativo

.....CRAFFT ..... puntuación ..... positivo ..... negativo

.....Herramienta NIAAA ..... puntuación ..... positivo ..... negativo

.....CIE 10

.....puntuación.....positivo.....negativo

**Intervención breve:** *(Indicar con una x, respuesta múltiple)*

.....paciente no dio positivo, refuerzo de la conducta

.....Consejo breve

.....Consejo breve extenso

.....Paciente derivado/a a servicio especializado

.....Folleto información alcohol

.....No dio tiempo.....pero reprogramé visita

.....Paciente declinó consejo breve

.....Otros.....

**Anexo 5.C. Plantilla de incidencia**

CCAA: \_\_\_\_\_ Dispositivo: \_\_\_\_\_ Profesional: \_\_\_\_\_

Fecha	Tipo de incidencia (descripción)	Solución	¿Ha sido resuelto?	Fecha solución

*\*Completar una plantilla por dispositivo*

**Anexo 6. Cuadro de indicadores de evaluación.**

Este anexo contiene los indicadores de evaluación de la intervención. Así, se encuentran aquí los distintos tipos de indicadores (escalas, porcentajes y variable dicotómica) que miden el impacto del

proceso de intervención a través del análisis basal, análisis de la formación, de la adaptación local de la guía, del piloto, del coste y la difusión. También contiene una ficha para recoger indicadores sobre género. Para algunos ítems se utiliza la escala likert donde 1 es “totalmente de acuerdo” y 7 “totalmente en desacuerdo”.

**ANALISIS BASAL**

<b>Nº</b>	<b>Dimensión</b>	<b>descripción</b>	<b>Tipo</b>
	<b>Percepciones profesionales</b>		Media de la escala likert 1-7
1		Siento que conozco suficientemente las causas de los problemas con el alcohol cuando trabajo con personas que beben	
2		Siento que puedo aconsejar debidamente a mis pacientes sobre el consumo de alcohol y sus efectos	
3		Siento que no tengo muchos motivos para estar orgulloso de mi trabajo con personas que beben	
4		En general me inclino a sentir que estoy fracasando en el abordaje de las personas beben	
5		Quiero trabajar con personas que beben	
6		El pesimismo es la actitud más realista ante las personas que beben	
7		Siento que tengo derecho a preguntar a los pacientes sobre su consumo de alcohol cuando es necesario	
8		Siento que mis pacientes creen que tengo derecho a preguntarles sobre su consumo de alcohol cuando es necesario	
9		En general, es gratificante trabajar con personas que beben	
10		En general, me caen bien las personas que beben	
	<b>Prevalencias</b>		Frecuencia N (%)
20		Número de personas adultas cribadas en atención primaria / Número de personas adultas atendidas * 100	
21		Número de personas jóvenes cribadas en atención primaria / Número de personas jóvenes atendidas * 100	
22		Número de personas adultas cribadas en urgencias hospitalarias / Número de personas adultas atendidas en urgencias * 100	
23		Número de personas jóvenes cribadas en urgencias / Número de personas jóvenes atendidas * 100	
24		Número de personas adultas con consejo breve en atención primaria / Número de personas adultas atendidas * 100	
25		Número de personas jóvenes con consejo breve en atención primaria / Número de personas jóvenes atendidas * 100	

26		Número de personas adultas con consejo breve en urgencias hospitalarias / Número de personas adultas atendidas en urgencias * 100	
27		Número de personas jóvenes con consejo breve en urgencias / Número de personas jóvenes atendidas * 100	
	<b>Rutas Asistenciales</b>		si/no
28		Existencia de rutas clínicas locales	

<b>FORMACIÓN</b>			
<b>Nº</b>	<b>Dimensión</b>	<b>descripción</b>	<b>Tipo</b>
	<b>Percepciones profesionales</b>		Media de la escala likert 1-7
29		Siento que conozco suficientemente las causas de los problemas con el alcohol cuando trabajo con personas que beben	
30		Siento que puedo aconsejar debidamente a mis pacientes sobre el consumo de alcohol y sus efectos	
31		Siento que no tengo muchos motivos para estar orgulloso de mi trabajo con personas que beben	
32		En general me inclino a sentir que estoy fracasando en el abordaje de las personas beben	
33		Quiero trabajar con personas que beben	
34		El pesimismo es la actitud más realista ante las personas que beben	
35		Siento que tengo derecho a preguntar a los pacientes sobre su consumo de alcohol cuando es necesario	
36		Siento que mis pacientes creen que tengo derecho a preguntarles sobre su consumo de alcohol cuando es necesario	
37		En general, es gratificante trabajar con personas que beben	
38		En general, me caen bien las personas que beben	
	<b>Prevalencias</b>		Frecuencia N (%)
48		Número de profesionales de Atención Primaria asistentes a cursos de formación / Número total de profesionales de Atención Primaria que se ha ofrecido la formación	
49		Número de profesionales de urgencias hospitalarias asistentes a cursos de formación / Número total de profesionales de urgencias hospitalarias que se ha ofrecido la formación	
	<b>Satisfacción</b>		Media de la escala Likert 1 (nada) -7 (mucho)
50		Nivel de satisfacción con los contenidos de las sesiones formativas	
51		Nivel de satisfacción con el formato (online, presencial) del curso	

<b>ADAPTACIÓN LOCAL DE LAS GUÍAS</b>			
	<b>Rutas Asistenciales</b>		si/no
52		Existencia de rutas clínicas locales	

PILOTO			
	Piloto		Frecuencia N (%)
	<b>Participación</b>		
53		Número de centros de AP que pilotan las guías / Número total de centros de AP *100	
54		Número de centros de urgencias hospitalarias que pilotan las guías / Número total de centros de urgencias hospitalarias *100	
	<b>Prevalencias</b>		Frecuencia N (%)
55		Número de personas adultas cribadas en atención primaria / Número de personas adultas atendidas * 100	
56		Número de personas jóvenes cribadas en atención primaria / Número de personas jóvenes atendidas * 100	
57		Número de personas adultas cribadas en urgencias hospitalarias / Número de personas adultas atendidas en urgencias * 100	
58		Número de personas jóvenes cribadas en urgencias / Número de personas jóvenes atendidas * 100	
59		Número de personas adultas con consejo breve en atención primaria / Número de personas adultas atendidas * 100	
60		Número de personas jóvenes con consejo breve en atención primaria / Número de personas jóvenes atendidas * 100	
61		Número de personas adultas con consejo breve en urgencias hospitalarias / Número de personas adultas atendidas en urgencias * 100	
62		Número de personas jóvenes con consejo breve en urgencias / Número de personas jóvenes atendidas * 100	
	<b>Rutas Asistenciales</b>		si/no
63		Existencia de rutas asistenciales locales	

COSTE			
	Coste		Cuantitativo o €
64		Número de reuniones del equipo de implementación a nivel de CCAA* número de asistentes * coste € medio del tiempo del profesional	
65		Número de reuniones del equipo de implementación a nivel local * número de asistentes * coste € medio del tiempo del profesional	
66		Número de sesiones de formación* número de asistentes* coste € medio del tiempo del profesional	
67		Coste medio de incentivos a profesionales	

GENERO			
	Género		Frecuencia N (%)
68		Número de mujeres adultas cribadas en atención primaria / Número de mujeres adultas atendidas * 100	
69		Número de mujeres jóvenes cribadas en atención primaria / Número de mujeres jóvenes atendidas * 100	
70		Número de mujeres adultas cribadas en urgencias hospitalarias / Número de mujeres adultas atendidas en urgencias * 100	
71		Número de mujeres jóvenes cribadas en urgencias / Número de mujeres jóvenes atendidas * 100	
72		Número de mujeres adultas con intervención breve en atención primaria /	

		Número de mujeres adultas atendidas * 100	
73		Número de mujeres jóvenes con intervención breve en atención primaria / Número de mujeres jóvenes atendidas * 100	
74		Número de mujeres adultas con intervención breve en urgencias hospitalarias / Número de mujeres adultas atendidas en urgencias * 100	
75		Número de mujeres jóvenes con intervención breve en urgencias / Número de mujeres jóvenes atendidas * 100	
<b>DIFUSIÓN</b>			
	<b>Difusión</b>		Frecuencia N (%)
76		Número de centros de Atención Primaria que disponen de las guías/Número total de centros de Atención Primaria * 100	
77		Número de centros de urgencias hospitalarias que disponen de las guías/Número total de centros de urgencias hospitalarias * 100	

### **Anexo 7- Modelo de informe final de las CCAA sobre el piloto**

Este anexo contiene un esquema de la estructura que debería tener el informe con la descripción del proceso de implementación del piloto de la guía, sus resultados y sus obstáculos. Esta información sirve como aprendizaje de la experiencia y deja constancia de los elementos tanto positivos como negativos.

# **PILOTO DEL CRIBADO E INTERVENCIÓN BREVE SOBRE EL CONSUMO DE RIESGO Y PERJUDICIAL DE ALCOHOL EN ATENCIÓN PRIMARIA Y URGENCIAS HOSPITALARIAS EN ADULTOS Y JÓVENES**

## **1- Introducción**

- a. Descripción del contexto donde se realizará el piloto.
- b. Descripción de los objetivos del piloto.

## **2- Fase inicial**

- a. Describir el equipo responsable de implementación a nivel de CCAA (anexo 1.A). Describir el proceso para constituirlo (si es multidisciplinario, dificultad de conseguir participación...).
- b. Descripción del contexto y población implicados en el piloto (Atención Primaria, urgencias hospitalarias, jóvenes y adultos).
- c. Describir el equipo responsable a nivel local o de centro (si es multidisciplinario, dificultad de conseguir participación...). (anexo 1.B).
- d. Describir los profesionales que han realizado cada intervención (cribado y/o intervención breve) en cada contexto (anexo 1.C).
- e. Presentar la herramienta de barreras, facilitadores, fortalezas e impacto (anexo 1.E).
- f. Adjuntar adaptaciones locales de las guías, tales como protocolos que se hayan desarrollado a nivel local, rutas asistenciales etc... (anexo 1.D)

## **3- Describir cada una de las intervenciones**

- a. Análisis basal
  - i. Describir objetivos
  - ii. Describir actividades
- b. Formación
  - i. Describir objetivos
  - ii. Describir actividades (sesiones presenciales y/o online ...)
- c. Adaptación local de las guías
  - i. Describir objetivos
  - ii. Describir actividades (reuniones multidisciplinarias, mapa de procesos, utilización de guías existente, consenso expertos...)
- d. Piloto
  - i. Describir objetivos

## **4- Evaluación**

- a. Presentar los resultados por cada una de las intervenciones (Anexo 6)
- b. Presentar los resultados a los indicadores de coste y género (Anexo 6)

## **5- Difusión**

- a. Describir objetivos
- b. Describir actividades realizadas (difusión vía email de las guías o rutas asistenciales locales, presentaciones en los centros, publicaciones de ámbito CCAA ...)
- c. Presentar los resultados de las actividades realizadas (Anexo 6)

## **6- Discusión y conclusiones**

- a. Aspectos generales de los resultados obtenidos en el piloto
- b. Buenas prácticas. Análisis de los facilitadores en relación a los elementos clave para:
  - i. La constitución del equipo responsable de la implementación de las guías a nivel de CCAA
  - ii. La constitución del equipo responsable de la implementación de las guías a nivel local, de centro
  - iii. La selección del perfil de los profesionales que realizaran el cribado y la intervención breve.
  - iv. La implicación de los profesionales en la formación de las guías.
  - v. El incremento del uso de las guías o su incorporación en la práctica habitual de los profesionales.
  - vi. La evaluación de los resultados.

## **7- Limitaciones**

- a. Análisis de las barreras encontradas para:
  - i. La constitución del equipo responsable de la implementación de las guías a nivel de CCAA
  - ii. La constitución del equipo responsable de la implementación de las guías a nivel local, de centro
  - iii. La selección del perfil de los profesionales que realizaran el cribado y la intervención breve.
  - iv. La implicación de los profesionales en la formación de las guías.
  - v. El incremento del uso de las guías o su incorporación en la práctica habitual de los profesionales.
  - vi. La evaluación de los resultados.

## **8- Recomendaciones**

- a. Para la implementación de las guías a todos los centros de la CCAA
- b. La monitorización continuada de la implementación general a nivel de CCAA

## **9- Anexos**

- a. Instrumentos utilizados (rutas asistenciales locales, entrevistas ...)
- b. Lista de profesionales que han participado en el piloto

Otros materiales c

# **Anexo 1.1. Protocolo de investigación**

## **Atención primaria**

**Proyecto de mejora de los procesos de detección precoz e intervención breve en bebedores de riesgo en atención primaria (especial atención a jóvenes)**

**Investigador/a principal:** xxxxxxxxxxxxxxxx

**Investigadores/as secundarios/as:** xxxxxxxxxxxxxxxx

## **1. Introducción**

El consumo de riesgo y perjudicial de alcohol deriva en numerosos problemas de salud y tienen un gran impacto en los servicios de salud. El enfoque preventivo orientado hacia la detección precoz de los bebedores de riesgo y la consiguiente intervención para reducir el consumo es esencial para reducir estos riesgos o consecuencias.

La detección precoz o cribado se realiza para identificar al consumidor de riesgo y se pueden utilizar instrumentos en el marco de una entrevista o auto-administrados, así como pruebas biológicas entre otras. La intervención o consejo breve (1,2) corresponde a toda intervención limitada en el tiempo y de duración siempre inferior a un tratamiento. Suele ser proactiva y a menudo oportunista, es decir, no espera a que el individuo la busque, va dirigida a pacientes con un consumo de alcohol perjudicial o de riesgo, con el objetivo de movilizar sus recursos personales para un cambio de conducta que conviene a su salud. Se ofrece un consejo estructurado de unos pocos minutos de duración (15 minutos máximos por sesión) con una periodicidad de 1 a 5 sesiones.

Este tipo de intervenciones puede ser llevada a cabo de forma eficaz por personal sanitario no especializado en el tratamiento de las adicciones y en la mayoría de las ocasiones persigue como objetivo la reducción del consumo de alcohol o el establecimiento de patrones seguros de consumo más que la abstinencia total (3).

En el ámbito de atención primaria los instrumentos para detectar el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en adultos (AUDIT y AUDIT-C) y en población joven (AUDIT, AUDIT-C y CRAFFT) han demostrado buena sensibilidad y especificidad, tanto en el contexto internacional como en nuestro país (1,4).

Existe también evidencia sobre la efectividad de la intervención breve (IB) que sugiere una reducción del consumo y otros problemas relacionados con el alcohol tales como las lesiones, reduce el consumo de recursos asistenciales y la mortalidad. La Organización Mundial de la Salud estima que la intervención breve desde atención primaria sobre el consumo de alcohol, evita enfermedades y muertes prematuras siendo la intervención sanitaria más coste-efectiva (2, 5, 6, 7, 8).

No obstante, la evidencia también señala un cierto grado de variabilidad en cuanto al impacto de la IB en la reducción del consumo (9,10).

Además, no existe uniformidad en cuanto al método más efectivo para ser utilizado en éste ámbito debido a variabilidad de sujetos incluidos en los estudios y diversidad de métodos utilizados (9, 10, 11, 12).

En nuestro país, existen escasos programas de prevención e intervención sobre consumo de alcohol entre menores en la atención primaria pero pueden ofrecer potenciales beneficios tanto a pacientes como a los servicios de salud.

En resumen, parecen necesarias más evaluaciones que permitan resolver los interrogantes sobre la aplicabilidad de los programas de detección e intervención breve en los servicios de atención primaria y de su eficacia en un contexto de rutina clínica.

## **2. Objetivo**

El objetivo de la Acción 8 es mejorar la calidad de la actuación de los servicios de atención primaria y de urgencias hospitalarios mediante la capacitación de los profesionales y el diseño conjunto de procedimientos de atención con el objetivo principal de la reducción de daños (morbimortalidad directa e indirecta) y la detección y derivación de los pacientes a unidades de atención especializada (en cambios de conducta). Así, también se persigue promover la coordinación entre la atención primaria y los centros de atención a drogodependientes con el propósito de generar sinergias en el abordaje de los problemas ocasionados por el consumo de alcohol. Específicamente, la acción 8 tiene por objetivos:

- 6- Difundir en el ámbito de la Atención Primaria y urgencias hospitalarias el cribado e intervención breve a población joven y adulta.
- 7- Mejorar el conocimiento y habilidades de los profesionales de la Atención Primaria y urgencias hospitalarias en el manejo de instrumentos de cribado e intervención breve en población joven y adulta.
- 8- Identificar barreras y facilitadores de la implementación del cribado e intervención breve en población joven y adulta en el ámbito de la Atención Primaria y urgencias hospitalarias.
- 9- Ofrecer pautas para el pilotaje en las CCAA, de las guías para la detección precoz e intervención breve en bebedores de riesgo adultos y jóvenes en el ámbito de la Atención Primaria y urgencias hospitalarias.
- 10- Ofrecer indicadores para la evaluación del pilotaje en las CCAA, de las guías para la detección precoz e intervención breve en bebedores de riesgo adultos y jóvenes en el ámbito de la Atención Primaria y urgencias hospitalarias

### **3. Métodos**

#### **3.1. Diseño del estudio**

Se trata de un estudio piloto observacional descriptivo de diseño transversal que incluirá tres fases secuenciales: análisis de la situación basal, implementación del cribado y consejo breve y su posterior evaluación.

##### *1. Análisis basal*

El análisis basal se realizará mediante la distribución de cuestionarios de conocimientos y actitudes acerca de la detección precoz e IB del consumo de riesgo a los y las profesionales que participen en el piloto. Además se procederá a la extracción de datos de la historia clínica para poder analizar la situación previa del servicio en relación a la detección e intervención de consumo de riesgo.

##### *2. Implementación del piloto*

Esta fase incluye la formación de los y las profesionales del servicio en relación a los instrumentos de detección y las modalidades de intervención breve.

También dentro de esta fase se adaptará la guía de recomendaciones clínicas a la realidad del centro y se procederá a la ejecución del piloto que tendrá una duración de **xxxxx** semanas.

##### *3. Evaluación final*

La evaluación final tiene por objetivo analizar el impacto del piloto tanto en el equipo profesional del servicio como en pacientes. Por un lado, se distribuirán cuestionarios entre los y las profesionales para medir el efecto de la formación en los conocimientos y actitudes acerca del consumo de riesgo, detección precoz e IB. Por otro lado se extraerán de nuevo las prevalencias de cribado y consejo breve de la historia clínica para detectar si ha habido un incremento de la detección y consejo breve.

#### **3.2. Sujetos:**

El piloto se llevará a cabo en pacientes adultos (más de 25 años) y jóvenes (12 a 25 años), que visiten el servicio de atención primaria durante el periodo de estudio.

#### **3.3. Selección de la muestra:**

Entre aquellos pacientes que den su consentimiento por escrito para su inclusión en el estudio. En el caso de los menores será necesario obtener el consentimiento de los tutores legales.

En el caso de la población adulta, se priorizarán aquellos pacientes fumadores y personas con trabajos que requieran concentración, habilidad o coordinación (ej. conducción).

#### **4. Formación**

Al grupo de profesionales voluntarios reclutados para la implementación del piloto se les ofrecerá una sesión formativa presencial de 4 horas. Estas sesiones son teórico-prácticas y se estructurarán en dos partes, las primeras dos horas abordarán la realización del cribado de consumo de riesgo de alcohol y las dos siguientes se tratarán la forma de hacer intervención breve

Los materiales que se utilizarán para la formación han sido elaborados por la SEMFyC y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el marco de los talleres "mójate con el alcohol".

#### **5. Detección precoz:**

##### *1. Procedimiento:*

El personal médico y de enfermería responsable de la visita en el servicio de atención primaria realizará la detección de posibles casos, como parte del interrogatorio habitual. Es recomendable, que el/la mismo/a profesional realice el cribado y la intervención breve.

El cribado se realizará de forma oportunista a toda persona mayor de 18 años, antes de la prescripción de fármacos que interaccionen con el alcohol. Serán de especial atención aquellas personas con co-morbilidades que puedan verse afectadas por el consumo de alcohol o en respuesta a problemas relacionados con el alcohol.

##### *2. Instrumentos:*

Existen varios instrumentos disponibles (consultar Anexo) para realizar dicha detección entre los que pueden escoger los y las profesionales. El número de ítems, el tiempo de realización y el punto de corte que indica consumo de riesgo depende del test elegido.

En la población adulta, se valorará la cantidad del consumo con el AUDIT o el AUDIT-C y se valorarán las consecuencias negativas asociadas al consumo utilizando el FAST. Para la población joven se medirá la cantidad del consumo también mediante AUDIT o AUDIT-C, las

consecuencias negativas se calcularán mediante el CRAFFT o el POSIT y el nivel de riesgo mediante la herramienta NIAAA.

## **6. Intervención breve**

En cuanto a la intervención breve, el profesional ofrecerá *feedback* sobre el estado de salud del paciente, evaluará si el paciente es consciente de su consumo de alcohol y pedirá permiso para dar consejo.

### *1. Consejo general: se exponen los beneficios para el paciente.*

- Beber menos siempre tiene ventajas.
- Beber en exceso siempre es perjudicial a la larga.
- Un consumo de riesgo no es sinónimo de alcoholismo.

### *2. Consejo personalizado:*

- Ofrecer información y tratar los conceptos erróneos.
- Consecuencias nocivas concretas para el paciente.
- Riesgos asociados si persiste el consumo.

Se negociaran objetivos y estrategias ofreciendo un menú de opciones y destacando las ventajas de reducir el consumo. Es importante considerar la opinión del paciente, estimular afirmaciones de auto-motivación para el cambio y establecer objetivos concretos de reducción. En general es importante también promover la autoeficacia, la responsabilidad de la persona y mostrar empatía. Finalmente, se recomendará seguimiento.

## **7. Derivación a un servicio especializado**

En el caso de la población adulta, cuando se aprecien signos y/o síntomas de dependencia el paciente será derivado a xxxxxxxxx. En la población joven la derivación se dará cuando se aprecie un riesgo elevado y escasos recursos sociales y familiares de la persona.

## **8. Evaluación del piloto**

El objetivo de la evaluación del piloto es medir la viabilidad de la implementación, mediante la cuantificación de casos detectados e intervenidos, y los cambios en el conocimiento y actitudes de los y las profesionales. Para tal efecto se recogerán datos de los cuestionarios

rellenados por los y las profesionales participantes, se utilizarán los datos registrados en la historia clínica (que indicarán las prevalencias de cribado y de casos positivos) y datos de gestión. Esta información se incluirá en la base de datos diseñada específicamente para el seguimiento del piloto.

### *1. Indicadores y variables*

En cuanto a los indicadores del impacto en los y las profesionales:

- 1- Porcentaje de profesionales asistentes a cursos de formación
- 2- Nivel de satisfacción con los contenidos de las sesiones formativas y el formato
- 3- Variables de los cambios en las actitudes del personal que participe en las formaciones

En cuanto a los indicadores de la viabilidad de la implementación del programa (mediante revisión historias clínicas y datos de gestión):

- 1- Prevalencias de pacientes cribados (adultos y población joven)
- 2- Prevalencias de pacientes positivos (adultos y población joven)

### *2. Limitaciones del estudio*

La presión asistencial, la falta de tiempo e incentivos económicos pueden resultar en una dificultad por parte de los y las profesionales para poder realizar un correcto cribado.

### *3. Análisis estadístico*

Se utilizarán métodos estándar con ayuda del paquete estadístico SPSS. Se proveerán prevalencias y en algunos casos, y cuando las variables lo requieran y tengan una distribución normal, se facilitarán estadísticos descriptivos como la media y la desviación estándar. Para comprobar el impacto de la formación en los y las profesionales se realizará un análisis de varianza donde se compararán conocimientos y actitudes antes y después de la formación.

## **9. Aspectos éticos**

Antes de realizar el cribado y el consejo breve se recordará a los/las pacientes que la participación es voluntaria y que pueden no participar si lo consideran oportuno.

En el caso de los menores además, se pedirá el consentimiento de los tutores legales que serán informados de los objetivos y procedimientos del estudio así como de su derecho a no

participar o a abandonar su participación cuando lo consideren. Dado que el estudio no incluye muestras biológicas y se tratarán los datos de los participantes de forma agregada creemos que no existen conflictos éticos.

Los datos para el estudio serán tratados de forma agregada y no se recogerá información personal en la base de datos ni de profesionales ni de pacientes.

Igualmente, los datos electrónicos estarán protegidos por contraseñas y todas las copias en papel de datos e informes se almacenarán en un lugar seguro. Siguiendo la declaración de Helsinki (2001) y la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, este proyecto ha sido planificado con los siguientes requisitos y precauciones protección de las Bases de datos y protección de los Documentos de consentimiento informado (puesto que aparece su nombre y firma).

Dado que se trata de un estudio básicamente observacional no se prevén riesgos ni beneficios de su participación. Algunos estudios sobre cribado sistemático del consumo de alcohol han mostrado una mejoría de los patrones de consumo en aquellos pacientes en los que se les ha realizado.

## **10. Bibliografía**

1. Javier Álvarez J, Cabezas MC, Colom J, Galán I, Gual A, Lizarbe V, Rodríguez-Martos A, Rosón B, Segura L. Prevención de los problemas derivados del alcohol 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España, junio 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
2. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J, Kaner E. The impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A systematic review of reviews. *Alcohol and Alcoholism*.2013; 0, (0):1–13.
3. Emmen MJ, Schippers GM, Bleijenberg G, Wollersheim H. Effectiveness of opportunistic brief interventions for problem drinking in a general hospital setting: systematic review. *BMJ*. 2004;328:318.
4. Rial, A. et al. (2014). Modelización del consumo abusivo de alcohol en adolescentes: variables predictoras, comorbilidad, perfiles de riesgo y

validación de un programa de prevención. Proyecto de investigación financiado por el Plan nacional sobre Drogas.

5. Kaner EF, Dickinson HO, Beyer FR, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders JB, Burnand B, Pienaar ED. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD004148.
6. Cuijpers P, Riper H, Lemmers L. The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction*. 2004; 99:839-845.
7. Kaner E. NICE work if you can get it: Development of national guidance incorporating screening and brief intervention to prevent hazardous and harmful drinking in England. *Drug and Alcohol Review*. 2010; 29: 589–595.
8. Angus C, Scafato E, Ghirini S, Torbica A, Ferre F, Struzzo P, Purshouse R, Brennan A. Cost-effectiveness of a programme of screening and brief interventions for alcohol in primary care in Italy. *BMC Family Practice*. 2014;15:26.
9. Schmidt C, Schulte B, O'Donnell A, Newbury-Birch D, Degwitz P, Verthein U, Schäfer I, Kaner E, Anderson P, Reimer J. Bistairs. Effectiveness of brief interventions in primary health care, emergency care, workplace health services and social services.
10. Yuma-Guerrero PJ, et al. Screening, brief intervention, and referral for alcohol use in adolescents: a systematic review. *Pediatrics*. 2012;130(1)
11. Drummond C et al. The effectiveness of alcohol screening and brief intervention in emergency departments: a multicentre pragmatic cluster randomized controlled trial. *PLoS One*. 2014;25;9(6):e99463.
12. Woolard R. Brief intervention for emergency department patients with alcohol misuse: implications for current practice. *Alcohol treat Q*. 2011;29(2):146-157.

## 13. Anexo

### 1- AUDIT (Alcohol Use Disorders Inventory Test)\*

1. ¿Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?
  - (0) Nunca
  - (1) Una o menos veces al mes
  - (2) Dos a cuatro veces al mes
  - (3) Dos-tres veces a la semana
  - (4) Cuatro o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?
  - (0) Una o dos
  - (1) Tres o cuatro
  - (2) Cinco o seis
  - (3) Siete a nueve
  - (4) Diez o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo?
  - (0) Nunca
  - (1) Menos de una vez al mes
  - (2) Mensualmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber?
  - (0) Nunca
  - (1) Menos de una vez al mes
  - (2) Mensualmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que esperaba de usted porque había bebido?
  - (0) Nunca
  - (1) Menos de una vez al mes
  - (2) Mensualmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?
  - (0) Nunca
  - (1) Menos de una vez al mes
  - (2) Mensualmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) 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 mucho el día anterior?
  - (0) Nunca
  - (1) Menos de una vez al mes
  - (2) Mensualmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) A diario o casi a diario

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

- (0) No
- (2) Sí, pero no en el curso del último año
- (4) Sí el último año

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

- (0) No
- (2) Sí, pero no en el curso del último año
- (4) Sí el último año

Punto de corte para el consumo de riesgo en población adulta: 8 o más en varones y 6 o más en mujeres\*\*

Punto de corte para el consumo de riesgo en jóvenes\*\*\*: 5

\* Babor T.F., Higgins-Biddle J.C., Saunders J.B. & Monteiro M.G. *The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care*. Geneva: World Health Organization. 2001 WHO / MSD /MSB/01.6a.

\*\*Rubio Valladolid G, Bermejo Vicedo J, Caballero Sanchez-Serrano MC, Santo-Domingo Carrasco J. (1998) Validación de la Prueba para la Identificación de Transtornos por Uso de Alcohol (AUDIT) en Atención Primaria. *Revista Clínica Española*; 1998, 198 (1): 11-14.

\*\*\*Adaptación a la población española de Rial, A. et al. (2014). *Modelización del consumo abusivo de alcohol en adolescentes: variables predictoras, comorbilidad, perfiles de riesgo y validación de un programa de prevención. Proyecto de investigación financiado por el Plan nacional sobre Drogas.*

## **2- AUDIT (C)\***

### **1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?**

- (0) Nunca
- (1) Una o menos veces al mes
- (2) Dos a cuatro veces al mes
- (3) Dos-tres veces/a la semana
- (4) Cuatro o más veces a la semana

### **2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?**

- (0) Una o dos
- (1) Tres o cuatro
- (2) Cinco o seis
- (3) Siete a nueve
- (4) Diez o más

### **3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo?**

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

Punto de corte para el consumo de riesgo en población adulta: 5 o más en varones y 4 o más en mujeres.\*\*

Punto de corte para el consumo de riesgo en jóvenes\*\*\*: 3

\* Babor TF., Higgins-Biddle J.C., Saunders J.B. & Monteiro, M.G. *The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care*. Geneva: World Health Organization, 2001 WHO/MSD/MSB/01.6a.

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

\*\*\* *Adaptación a la población española de Rial, A. et al. (2014). Modelización del consumo abusivo de alcohol en adolescentes: variables predictoras, comorbilidad, perfiles de riesgo y validación de un programa de prevención. Proyecto de investigación financiado por el Plan nacional sobre Drogas.*

### 3- CRAFFT\*

“Por favor, contesta a todas las preguntas con la mayor sinceridad posible. Tus respuestas serán tratadas de forma totalmente confidencial.”

#### Parte A

En los ÚLTIMOS 12 MESES...	No	Sí
A1. ¿Has consumido bebidas alcohólicas? (más de unos pocos tragos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2. ¿Has fumado marihuana o hachís?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3. ¿Has tomado alguna otra sustancia para “colocarte”? (drogas ilegales, pastillas, medicamentos o alguna sustancia esnifada o inhalada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Si ha respondido con un **NO** a **TODAS** las preguntas anteriores (**A1, A2 y A3**), a continuación contestará solo a **la pregunta B1**.
- Si ha respondido con un **SÍ** a **ALGUNA** de las preguntas anteriores (A1, A2 o A3), debe contestar a todas las preguntas que se presentan a continuación, desde **B1 hasta B6**.

#### Parte B

	No	Sí
B1. ¿Alguna vez has ido en un coche/moto conducido por alguien (incluido tú mismo) que hubiese bebido alcohol o consumido algún tipo de droga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2. ¿Alguna vez has consumido alcohol o algún tipo de droga para relajarte, sentirte mejor contigo mismo o encajar en un grupo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3. ¿Alguna vez has consumido alcohol o algún tipo de droga estando tú solo/a, sin compañía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4. ¿Alguna vez te has olvidado de cosas que hiciste mientras consumías alcohol o algún tipo de droga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B5. ¿Alguna vez tu familia o amigos te han dicho que deberías reducir tu consumo de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B6. ¿Alguna vez te has metido en líos mientras consumías alcohol o algún tipo de droga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Punto de corte para el consumo de riesgo en jóvenes: 2

*\*Adaptación a la población española de Rial, A. et al. (2014). Modelización del consumo abusivo de alcohol en adolescentes: variables predictoras, comorbilidad, perfiles de riesgo y validación de un programa de prevención. Proyecto de investigación financiado por el Plan nacional sobre Drogas.*

#### **4 - Herramienta valoración riesgo del NIAAA (National Institute for Alcohol, Abuse and Alcoholism):**

- ¿Beben tus amigos?
- ¿Tienes algún amigo que ha ya bebido en el último año cerveza, vino o cualquier bebida que contenga alcohol?
- Si tus amigos beben, ¿cuánto suelen beber en una ocasión de consumo?
- ¿Bebes tu?
- Y, ¿qué hay sobre ti? ¿Alguna vez has bebido algo más que un sorbito de cerveza, vino u otra bebida alcohólica?
- En el último año, ¿cuántos días tomaste algo más que un sorbito de cerveza, vino u otra bebida alcohólica?

# **Anexo 1.2. Protocolo de investigación**

## **Urgencias Hospitalarias**

**Proyecto de mejora de los procesos de detección precoz e intervención breve en bebedores de riesgo en urgencias hospitalarias (especial atención a jóvenes)**

**Investigador/a principal:** xxxxxxxxxxxxxxxx

**Investigadores/as secundarios/as:** xxxxxxxxxxxxxxxx

#### **4. Introducción**

El consumo de riesgo y perjudicial de alcohol deriva en numerosos problemas de salud y tienen un gran impacto en los servicios de salud. El enfoque preventivo orientado hacia la detección precoz de los bebedores de riesgo y la consiguiente intervención para reducir el consumo es esencial para reducir estos riesgos o consecuencias.

La detección precoz o cribado se realiza para identificar al consumidor de riesgo y se pueden utilizar instrumentos en el marco de una entrevista o auto-administrados, así como pruebas biológicas entre otras. La intervención o consejo breve (1,2) corresponde a toda intervención limitada en el tiempo y de duración siempre inferior a un tratamiento. Suele ser proactiva y a menudo oportunista, es decir, no espera a que el individuo la busque, va dirigida a pacientes con un consumo de alcohol perjudicial o de riesgo, con el objetivo de movilizar sus recursos personales para un cambio de conducta que conviene a su salud. Se ofrece un consejo estructurado de unos pocos minutos de duración (15 minutos máximos por sesión) con una periodicidad de 1 a 5 sesiones.

Este tipo de intervenciones puede ser llevada a cabo de forma eficaz por personal sanitario no especializado en el tratamiento de las adicciones y en la mayoría de las ocasiones persigue como objetivo la reducción del consumo de alcohol o el establecimiento de patrones seguros de consumo más que la abstinencia total (3).

En el ámbito de urgencias los distintos instrumentos para detectar el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en adultos (AUDIT, AUDIT-C y el FAST) y en población joven (AUDIT, AUDIT-C, FAST, CRAFFT y POSIT) han demostrado buena sensibilidad y especificidad, tanto en el contexto internacional como en nuestro país (4,5,6,7,8,9).

Existe también evidencia sobre la efectividad de la intervención breve (IB) en el ámbito de urgencias en la reducción del consumo de riesgo y otros aspectos negativos tanto en población adulta (bajas laborales, resacas, lesiones, etc.) (10) como en población joven (conducción bajo los efectos del alcohol, ir en coche con un conductor ebrio, lesiones producidas por el consumo de alcohol, problemas con amigos, participación en agresiones, problemas en el ámbito escolar, etc.) (11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18).

No obstante, la evidencia también señala un cierto grado de variabilidad en cuanto al impacto de la IB en la reducción del consumo (10, 17, 19, 20, 21, 22, 23).

Además, no existe uniformidad en cuanto al método más efectivo para ser utilizado en éste ámbito debido a variabilidad de sujetos incluidos en los estudios y diversidad de métodos utilizados (8, 17, 20, 22, 24, 25).

La implementación de la IB en éste ámbito puede resultar difícil debido a las características propias de restricciones de tiempo (20) pero ofrece potenciales beneficios tanto a pacientes como a los servicios de salud.

En resumen, parecen necesarias más evaluaciones que permitan resolver los interrogantes sobre la aplicabilidad de los programas de detección e intervención breve en los servicios de urgencias y de su eficacia en un contexto de rutina hospitalaria.

## **5. Objetivo**

El objetivo de la Acción 8 es mejorar la calidad de la actuación de los servicios de atención primaria y de urgencias hospitalarios mediante la capacitación de los profesionales y el diseño conjunto de procedimientos de atención con el objetivo principal de la reducción de daños (morbimortalidad directa e indirecta) y la detección y derivación de los pacientes a unidades de atención especializada (en cambios de conducta). Así, también se persigue promover la coordinación entre la atención primaria y los centros de atención a drogodependientes con el propósito de generar sinergias en el abordaje de los problemas ocasionados por el consumo de alcohol. Específicamente, la acción 8 tiene por objetivos:

- 11- Difundir en el ámbito de la Atención Primaria y urgencias hospitalarias el cribado e intervención breve a población joven y adulta.
- 12- Mejorar el conocimiento y habilidades de los profesionales de la Atención Primaria y urgencias hospitalarias en el manejo de instrumentos de cribado e intervención breve en población joven y adulta.
- 13- Identificar barreras y facilitadores de la implementación del cribado e intervención breve en población joven y adulta en el ámbito de la Atención Primaria y urgencias hospitalarias.
- 14- Ofrecer pautas para el pilotaje en las CCAA, de las guías para la detección precoz e intervención breve en bebedores de riesgo adultos y jóvenes en el ámbito de la Atención Primaria y urgencias hospitalarias.
- 15- Ofrecer indicadores para la evaluación del pilotaje en las CCAA, de las guías para la detección precoz e intervención breve en bebedores de riesgo adultos y jóvenes en el ámbito de la Atención Primaria y urgencias hospitalarias.

## **6. Métodos**

### **6.1. Diseño del estudio**

Se trata de un estudio piloto observacional descriptivo de diseño trasversal que incluirá tres fases secuenciales: análisis de la situación basal, implementación del cribado y consejo breve y su posterior evaluación.

#### *11. Análisis basal*

El análisis basal se realizará mediante la distribución de cuestionarios de conocimientos y actitudes acerca de la detección precoz e IB del consumo de riesgo a los y las profesionales que participen en el piloto. Además se procederá a la extracción de datos de la historia clínica para poder analizar la situación previa del servicio en relación a la detección e intervención de consumo de riesgo.

#### *12. Implementación del piloto*

Esta fase incluye la formación de los y las profesionales del servicio en relación a los instrumentos de detección y las modalidades de intervención breve.

También dentro de esta fase se adaptará la guía de recomendaciones clínicas a la realidad del centro y se procederá a la ejecución del piloto que tendrá una duración de xxxxx semanas.

#### *13. Evaluación final*

La evaluación final tiene por objetivo analizar el impacto del piloto tanto en el equipo profesional del servicio como en pacientes. Por un lado, se distribuirán cuestionarios entre los y las profesionales para medir el efecto de la formación en los conocimientos y actitudes acerca del consumo de riesgo, detección precoz e IB. Por otro lado se extraerán de nuevo las prevalencias de cribado y consejo breve de la historia clínica para detectar si ha habido un incremento de la detección y consejo breve.

### **13.2. Sujetos:**

El piloto se llevará a cabo en pacientes adultos (más de 25 años) y jóvenes (12 a 25 años), con patología menos grave que consulten en el servicio de urgencias durante el periodo de estudio.

### **13.3. Selección de la muestra:**

Entre aquellos pacientes que den su consentimiento por escrito para su inclusión en el estudio. En el caso de los menores será necesario obtener el consentimiento de los tutores legales.

En el caso de la población adulta, es recomendable priorizar colectivo de lesionados, en especial los involucrados en episodios de violencia y accidentes de tráfico.

### **14. Formación**

Al grupo de profesionales voluntarios reclutados para la implementación del piloto se les ofrecerá una sesión formativa presencial de 4 horas. Estas sesiones son teórico-prácticas y se estructurarán en dos partes, las primeras dos horas abordarán la realización del cribado de consumo de riesgo de alcohol y las dos siguientes se tratarán la forma de hacer intervención breve

Los materiales que se utilizarán para la formación han sido adaptados de otro estudio similar llevado a cabo por el equipo del Hospital de Bellvitge.

### **15. Detección precoz:**

#### *3. Procedimiento:*

El personal médico y de enfermería responsable de la visita en el servicio de urgencias realizará la detección de posibles casos, como parte del interrogatorio habitual.

Será un cribado oportunista con especial atención a aquellos pacientes que, presentando un cuadro menos grave pero potencialmente relacionado con el consumo de alcohol, prestando especial atención a lesionados.

El cribado puede ser realizado por el personal de enfermería por su rol más cuidador y preventivo. Es recomendable, que el/la mismo/a profesional realice el cribado y la intervención breve.

#### 4. Instrumentos:

Existen varios instrumentos disponibles (consultar Anexo) para realizar dicha detección entre los que pueden escoger los y las profesionales. El número de ítems, el tiempo de realización y el punto de corte que indica consumo de riesgo depende del test elegido.

En la población adulta, se valorará la cantidad del consumo con el AUDIT o el AUDIT-C y se valorarán las consecuencias negativas asociadas al consumo utilizando el FAST. Para la población joven se medirá la cantidad del consumo también mediante AUDIT o AUDIT-C, las consecuencias negativas se calcularán mediante el CRAFFT o el POSIT y el nivel de riesgo mediante la herramienta NIAAA.

### **16. Intervención breve**

En cuanto a la intervención breve, el profesional ofrecerá *feedback* sobre el estado de salud del paciente, evaluará si el paciente es consciente de su consumo de alcohol y pedirá permiso para dar consejo.

#### *1. Consejo general: se exponen los beneficios para el paciente.*

- Beber menos siempre tiene ventajas.
- Beber en exceso siempre es perjudicial a la larga.
- Un consumo de riesgo no es sinónimo de alcoholismo.

#### *2. Consejo personalizado:*

- Ofrecer información y tratar los conceptos erróneos.
- Consecuencias nocivas concretas para el paciente.
- Riesgos asociados si persiste el consumo.

Se negociaran objetivos y estrategias ofreciendo un menú de opciones y destacando las ventajas de reducir el consumo. Es importante considerar la opinión del paciente, estimular afirmaciones de auto-motivación para el cambio y establecer objetivos concretos de reducción. En general es importante también promover la autoeficacia, la responsabilidad de la persona y mostrar empatía. Finalmente, se recomendará seguimiento en Atención Primaria.

## **17. Derivación a un servicio especializado**

En el caso de la población adulta, cuando se aprecien signos y/o síntomas de dependencia el paciente será derivado a xxxxxxxxx. En la población joven la derivación se dará cuando se aprecie un riesgo elevado y escasos recursos sociales y familiares de la persona.

## **18. Evaluación del piloto**

El objetivo de la evaluación del piloto es medir la viabilidad de la implementación, mediante la cuantificación de casos detectados e intervenidos, y los cambios en el conocimiento y actitudes de los y las profesionales. Para tal efecto se recogerán datos de los cuestionarios rellenos por los y las profesionales participantes, se utilizarán los datos registrados en la historia clínica (que indicarán las prevalencias de cribado y de casos positivos) y datos de gestión. Esta información se incluirá en la base de datos diseñada específicamente para el seguimiento del piloto.

### *4. Indicadores y variables*

En cuanto a los indicadores del impacto en los y las profesionales:

- 4- Porcentaje de profesionales asistentes a cursos de formación
- 5- Nivel de satisfacción con los contenidos de las sesiones formativas y el formato
- 6- Variables de los cambios en las actitudes del personal que participe en las formaciones

En cuanto a los indicadores de la viabilidad de la implementación del programa (mediante revisión historias clínicas y datos de gestión):

- 3- Prevalencias de pacientes cribados (adultos y población joven)
- 4- Prevalencias de pacientes positivos (adultos y población joven)

### *5. Limitaciones del estudio*

La presión asistencial, la falta de tiempo e incentivos económicos pueden resultar en una dificultad por parte de los y las profesionales para poder realizar un correcto cribado.

### *6. Análisis estadístico*

Se utilizarán métodos estándar con ayuda del paquete estadístico SPSS. Se proveerán prevalencias y en algunos casos, y cuando las variables lo requieran y tengan una distribución normal, se facilitarán estadísticos descriptivos como la media y la desviación estándar. Para comprobar el impacto de la formación en los y las profesionales se realizará un análisis de varianza donde se compararán conocimientos y actitudes antes y después de la formación.

## **19. Aspectos éticos**

Antes de realizar el cribado y el consejo breve se recordará a los/las pacientes que la participación es voluntaria y que pueden no participar si lo consideran oportuno. En el caso de los menores además, se pedirá el consentimiento de los tutores legales que serán informados de los objetivos y procedimientos del estudio así como de su derecho a no participar o a abandonar su participación cuando lo consideren. Dado que el estudio no incluye muestras biológicas y se tratarán los datos de los participantes de forma agregada creemos que no existen conflictos éticos.

Los datos para el estudio serán tratados de forma agregada y no se recogerá información personal en la base de datos ni de profesionales ni de pacientes.

Igualmente, los datos electrónicos estarán protegidos por contraseñas y todas las copias en papel de datos e informes se almacenarán en un lugar seguro. Siguiendo la declaración de Helsinki (2001) y la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, este proyecto ha sido planificado con los siguientes requisitos y precauciones protección de las Bases de datos y protección de los Documentos de consentimiento informado (puesto que aparece su nombre y firma).

Dado que se trata de un estudio básicamente observacional no se prevén riesgos ni beneficios de su participación. Algunos estudios sobre cribado sistemático del consumo de alcohol han mostrado una mejoría de los patrones de consumo en aquellos pacientes en los que se les ha realizado.

## **20. Bibliografía**

1. Javier Álvarez J, Cabezas MC, Colom J, Galán I, Gual A, Lizarbe V, Rodríguez-Martos A, Rosón B, Segura L. Prevención de los problemas derivados del alcohol 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España, junio 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.

2. 'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J, Kaner E. The impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A systematic review of reviews. *Alcohol and Alcoholism*.2013; 0, (0):1-13.
3. Emmen MJ, Schippers GM, Bleijenberg G, Wollersheim H. Effectiveness of opportunistic brief interventions for problem drinking in a general hospital setting: systematic review. *BMJ*. 2004;328:318.
4. Kelleher DC et al. Guidelines for alcohol screening in adolescent trauma patients: A report from the Pediatric Trauma Society Guidelines Committee. *J Trauma Acute Care Surg*. 2013;74(2).
5. Kelly TM et al. Brief screens for detecting alcohol use disorder among 18-20 year old young adults in emergency departments: comparing AUDIT-C, CRAFFT, RAPS4-QF, FAST, RUFT-CuT, and DSM-IV 2-item Scale. *Addictive Behaviours*. 2009;34:668-674.
6. Hodson R et al. The FAST alcohol screening test. *Alcohol and Alcoholism*. 2002;37(1):61-66.
7. Knight JR, et al. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156:607-614.
8. Walton MA, et al. Effects of a brief intervention for reducing violence and alcohol misuse among adolescents. *JAMA*. 2010;304 (5).
9. Rial, A. et al. (2014). Modelización del consumo abusivo de alcohol en adolescentes: variables predictoras, comorbilidad, perfiles de riesgo y validación de un programa de prevención. Proyecto de investigación financiado por el Plan nacional sobre Drogas.
10. D'Onofrio G, Degutis LC. Preventive care in the emergency department: screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: A systematic review. *Acad Emerg Med*. 2002;9(6):627.
11. Bernstein J et al. A brief motivational interview in a pediatric emergency department, plus 10-day telephone follow-up, increases attempts to quit drinking among youth and young adults who screen positive for problematic drinking. *Acad Emerg Med*. 2010;17(8).
12. Walton MA, et al. Effects of a brief intervention for reducing violence and alcohol misuse among adolescents. *JAMA*. 2010;304 (5).
13. Spirito A, Monti PM, Barnett NP, et al. A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *J Pediatr*. 2004;145(3):396-402.
14. Johnston BD, Rivara FP, Droesch RM, Dunn C, Copass MK. Behavior change counselling in the emergency department to reduce injury risk: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2002;110(2 pt 1):267-274.

15. Monti PM, Colby SM, Barnett NP, et al. Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67(6):989-994.
16. Monti PM, Barnett NP, Colby SM, et al. Motivational interviewing versus feedback only in emergency care for young adult problem drinking. *Addiction*. 2007;102(8):1234-1243
17. Maio RF, Shope JT, Blow FC, et al. A randomized controlled trial of an emergency department-based interactive computer program to prevent alcohol misuse among injured adolescents. *Ann Emerg Med*. 2005;45(4):420-429.
18. Mitchell SG et al. SBIRT for adolescent drug and alcohol use: Current status and future directions. *J Subst Abuse Treat*. 2013;44:463-472.
19. Cherpitel CJ, Borges G, Giesbrecht N, Hungerford D, Peden M, Poznyak V, Room R, Stockwell T. Alcohol and injuries. Emergency department studies in an international perspective. World Health Organization, 2009.
20. Rodriguez-Martos A, Santamariña E, Escayola M, Martí J. Brief intervention in alcohol-positive traffic casualties: is it worth the effort?. *Alcohol & Alcoholism*. 2006;41 (1): 76.
21. Cherpitel CJ, Korcha RA, Moskalewicz J, Swiatkiewicz G, Ye Y, Bond J. Screening, Brief Intervention, and referral to treatment (SBIRT): 12-month outcomes of a randomized controlled clinical trial in a Polish emergency department. *Alcoholism: Clinical and Experimental research*. 2010; 34 (11):1922-1928.
22. Schmidt C, Schulte B, O'Donnell A, Newbury-Birch D, Degwitz P, Verthein U, Schäfer I, Kaner E, Anderson P, Reimer J. Bistairs. Effectiveness of brief interventions in primary health care, emergency care, workplace health services and social services.
23. Yuma-Guerrero PJ, et al. Screening, brief intervention, and referral for alcohol use in adolescents: a systematic review. *Pediatrics*. 2012;130(1)
24. Drummond C et al. The effectiveness of alcohol screening and brief intervention in emergency departments: a multicentre pragmatic cluster randomized controlled trial. *PLoS One*. 2014;25;9(6):e99463.
25. Woolard R. Brief intervention for emergency department patients with alcohol misuse: implications for current practice. *Alcohol treat Q*. 2011;29(2):146-157.

## **21. Anexo**

### **1- AUDIT (Alcohol Use Disorders Inventory Test)\***

1. ¿Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?  
(0) Nunca

- (1) Una o menos veces al mes
  - (2) Dos a cuatro veces al mes
  - (3) Dos-tres veces a la semana
  - (4) Cuatro o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?
- (0) Una o dos
  - (1) Tres o cuatro
  - (2) Cinco o seis
  - (3) Siete a nueve
  - (4) Diez o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo?
- (0) Nunca
  - (1) Menos de una vez al mes
  - (2) Mensualmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber?
- (0) Nunca
  - (1) Menos de una vez al mes
  - (2) Mensualmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que esperaba de usted porque había bebido
- (0) Nunca
  - (1) Menos de una vez al mes
  - (2) Mensualmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?
- (0) Nunca
  - (1) Menos de una vez al mes
  - (2) Mensualmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) 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 mucho el día anterior?
- (0) Nunca
  - (1) Menos de una vez al mes
  - (2) Mensualmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió

la noche anterior porque había estado bebiendo?

(0) Nunca

(1) Menos de una vez al mes

(2) Mensualmente

(3) Semanalmente

(4) A diario o casi a diario

9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

(0) No

(2) Sí, pero no en el curso del último año

(4) Sí el último año

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación

por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

(0) No

(2) Sí, pero no en el curso del último año

(4) Sí el último año

Punto de corte para el consumo de riesgo en población adulta: 8 o más en varones y 6 o más en mujeres\*\*

Punto de corte para el consumo de riesgo en jóvenes\*\*\*: 5

\* Babor T.F., Higgins-Biddle J.C., Saunders J.B. & Monteiro M.G. *The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care*. Geneva: World Health Organization. 2001 WHO / MSD /MSB/01.6a.

\*\*Rubio Valladolid G, Bermejo Vicedo J, Caballero Sanchez-Serrano MC, Santo-Domingo Carrasco J. (1998)Validación de la Prueba para la Identificación de Transtornos por Uso de Alcohol (AUDIT) en Atención Primaria. *Revista Clínica Española*; 1998, 198 (1): 11-14.

*\*\*\*Adaptación a la población española de Rial, A. et al. (2014). Modelización del consumo abusivo de alcohol en adolescentes: variables predictoras, comorbilidad, perfiles de riesgo y validación de un programa de prevención. Proyecto de investigación financiado por el Plan nacional sobre Drogas.*

## **2- AUDIT (C)\***

### **1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?**

- (0) Nunca
- (1) Una o menos veces al mes
- (2) Dos a cuatro veces al mes
- (3) Dos-tres veces/a la semana
- (4) Cuatro o más veces a la semana

### **2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?**

- (0) Una o dos
- (1) Tres o cuatro
- (2) Cinco o seis
- (3) Siete a nueve
- (4) Diez o más

### **3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo?**

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

Punto de corte para el consumo de riesgo en población adulta: 5 o más en varones y 4 o más en mujeres.\*\*

Punto de corte para el consumo de riesgo en jóvenes\*\*\*: 3

\* Babor TF., Higgins-Biddle J.C., Saunders J.B. & Monteiro, M.G. *The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care*. Geneva: World Health Organization, 2001 WHO/MSD/MSB/01.6a.

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

\*\*\* *Adaptación a la población española de Rial, A. et al. (2014). Modelización del consumo abusivo de alcohol en adolescentes: variables predictoras, comorbilidad,*

*perfiles de riesgo y validación de un programa de prevención. Proyecto de investigación financiado por el Plan nacional sobre Drogas.*

### 3 – FAST\*

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) 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?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

- (0) No
- (2) Sí, pero no en el curso del último año
- (4) Sí el último año

Puntuación de igual o más de 3 indica consumo de riesgo.

\*Hodson 2002

#### 4- CRAFFT\*

“Por favor, contesta a todas las preguntas con la mayor sinceridad posible. Tus respuestas serán tratadas de forma totalmente confidencial.”

##### **Parte A**

<b>En los ÚLTIMOS 12 MESES...</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>
A1. ¿Has consumido bebidas alcohólicas? (más de unos pocos tragos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2. ¿Has fumado marihuana o hachís?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3. ¿Has tomado alguna otra sustancia para “colocarte”? (drogas ilegales, pastillas, medicamentos o alguna sustancia esnifada o inhalada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Si ha respondido con un **NO** a **TODAS** las preguntas anteriores (**A1, A2 y A3**), a continuación contestará solo a **la pregunta B1**.
- Si ha respondido con un **SÍ** a **ALGUNA** de las preguntas anteriores (A1, A2 o A3), debe contestar a todas las preguntas que se presentan a continuación, desde **B1 hasta B6**.

##### **Parte B**

	<b>No</b>	<b>Sí</b>
B1. ¿Alguna vez has ido en un coche/moto conducido por alguien (incluido tú mismo) que hubiese bebido alcohol o consumido algún tipo de droga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2. ¿Alguna vez has consumido alcohol o algún tipo de droga para relajarte, sentirte mejor contigo mismo o encajar en un grupo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3. ¿Alguna vez has consumido alcohol o algún tipo de droga estando tú solo/a, sin compañía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4. ¿Alguna vez te has olvidado de cosas que hiciste mientras consumías alcohol o algún tipo de droga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B5. ¿Alguna vez tu familia o amigos te han dicho que deberías reducir tu consumo de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B6. ¿Alguna vez te has metido en líos mientras consumías alcohol o algún tipo de droga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Punto de corte para el consumo de riesgo en jóvenes: 2

*\*Adaptación a la población española de Rial, A. et al. (2014). Modelización del consumo abusivo de alcohol en adolescentes: variables predictoras, comorbilidad, perfiles de riesgo y validación de un programa de prevención. Proyecto de investigación financiado por el Plan nacional sobre Drogas.*

**5- Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers substance use/abuse scale (POSIT)\***

	No	Sí
1. ¿Te metes en problemas porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no se sirven bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Te has hecho daño o le has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿A veces no puedes participar en actividades porque ya no tienes dinero por habértelo gastado en drogas o bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Sientes a veces que eres adicto/a al alcohol o a las drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Llevan tus amigos drogas a las fiestas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Has comenzado a consumir mayor cantidad de drogas o alcohol cada vez para obtener el efecto que deseas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Te vas a veces de las fiestas porque no hay bebidas alcohólicas o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Has tenido un accidente de coche o moto estando bajo el efecto del alcohol o de las drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Se te olvidan las cosas que hiciste mientras estabas consumiendo alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Te ocasiona el alcohol o las drogas cambios rápidos de estado de ánimo como pasar de estar alegre a estar triste, o lo contrario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el consumo de bebidas alcohólicas o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Tienes discusiones serias con tus amigos o con miembros de tu familia por tu consumo de bebidas alcohólicas o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Cuándo consumes bebidas alcohólicas o drogas, tiendes a hacer cosas que normalmente no harías, tales como desobedecer reglas, infringir leyes o llegar tarde a casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Tienes dificultad en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a tu consumo de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Sientes a veces que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*\*Adaptación a la población española de Rial, A. et al. (2014). Modelización del consumo abusivo de alcohol en adolescentes: variables predictoras, comorbilidad, perfiles de riesgo y validación de un programa de prevención. Proyecto de investigación financiado por el Plan nacional sobre Drogas.*

**6 - Herramienta valoración riesgo del NIAAA (National Institute for Alcohol, Abuse and Alcoholism):**

- ¿Beben tus amigos?
- ¿Tienes algún amigo que ha ya bebido en el último año cerveza, vino o cualquier bebida que contenga alcohol?
- Si tus amigos beben, ¿cuánto suelen beber en una ocasión de consumo?
- ¿Bebes tu?
- Y, ¿qué hay sobre ti? ¿Alguna vez has bebido algo más que un sorbito de cerveza, vino u otra bebida alcohólica?
- En el último año, ¿cuántos días tomaste algo más que un sorbito de cerveza, vino u otra bebida alcohólica?

**Joan Colom i Farran**

Subdirector general de Drogodependencias,  
En calidad de Líder de la Acción 8 del Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016

## **Certifico**

Que **xxxxxxxxxxxxxx**, con DNI/NIF xxxxxx, ha participado  
en el marco del Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016, en la

**Acción 8:** Proyecto de mejora de los procesos de  
detección precoz e IB en bebedores de riesgo en AP y en  
urgencias hospitalarias

Para que así conste, expido este certificado.  
Barcelona, xx de xxxxxx de 2016

 Generalitat de Catalunya  
**Agència de Salut Pública de Catalunya**



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, (nombre y apellidos del tutor) \_\_\_\_\_ en calidad de tutor o representante legal del paciente (nombre y apellidos del paciente) \_\_\_\_\_

manifiesto que he sido informado/a del presente estudio y confirmo que:

- He recibido la información de la hoja de información que se me ha entregado. - He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con el doctor/a \_\_\_\_\_.
- Comprendo que la participación de mi representado es voluntaria.
- Comprendo que puede retirarse del estudio:
  1. Cuando quiera.
  2. Sin tener que dar explicaciones.
  3. Sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.
- Comprendo que la participación en el estudio de mi representado no conlleva ningún perjuicio para su salud.
- He sido informado/a de que los datos personales de mi representado serán protegidos y confidenciales.
- Entiendo que con la participación de mi representado en el estudio y comunicación de sus datos que sean recogidos para el estudio en los términos establecidos en la hoja de información al paciente que se me ha entregado.
- He recibido una copia firmada de este formulario de consentimiento.

En mi presencia se ha dado a mi representado toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en participar. Tomando esto en consideración, OTORGO libremente mi CONSENTIMIENTO para que mi representado participe en el estudio y a que sus datos puedan ser utilizados con fines de investigación.

En xxxxxxx a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

Firma tutor



