

## RECOMENDACIÓN

### BÚSQUEDA Y SÍNTESIS DE EVIDENCIA DE EFECTOS DESEABLES E INDESEABLES

## Guía de Práctica Clínica del Consumo Perjudicial o Dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años - 2018

### A. PREGUNTA CLÍNICA

En personas menores de 20 años con trastorno por uso de alcohol y otras drogas (consumo perjudicial/dependencia) ¿Se debe utilizar gestión de casos (case management) en comparación a manejo habitual?

#### Análisis y definición de los componentes de la pregunta en formato PICO

**Población:** Personas menores de 20 años con trastorno por uso de alcohol y otras drogas (consumo perjudicial/dependencia).

**Intervención:** Gestión de casos (case management).

**Comparación:** Manejo habitual.

**Desenlace (outcome):** Abstinencia de alcohol, marihuana, otras drogas, sintomatología y funcionalidad o incorporación a vida social, , calidad de vida.

### B. BÚSQUEDA DE EVIDENCIA

Se realizó una búsqueda general de revisiones sistemáticas asociadas al tema de “Alcohol abuse and dependence”. Las bases de datos utilizadas fueron: Cochrane database of systematic reviews (CDSR); Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE); HTA Database; PubMed; LILACS; CINAHL; PsycINFO; EMBASE; EPPI-Centre Evidence Library; 3ie Systematic Reviews and Policy Briefs Campbell Library; Clinical Evidence; SUPPORT Summaries; WHO institutional Repository for information Sharing; NICE public health guidelines and systematic reviews; ACP Journal Club; Evidencias en Pediatría; y The JBI Database of Systematic Reviews and implementation Reports. No se aplicaron restricciones en base al idioma o estado de publicación. Dos revisores de manera independiente realizaron la selección de los títulos y los resúmenes, la evaluación del texto completo y la extracción de datos. Un investigador experimentado resolvió cualquier discrepancia entre los distintos revisores. En caso de considerarse necesario, se integraron estudios primarios.<sup>1</sup>

Seleccionadas las revisiones sistemáticas o estudios primarios asociadas a la temática, se clasificaron en función de las potenciales preguntas a las que daban respuesta. Al momento de definir la pregunta la evidencia ya se encontraba previamente clasificada según intervenciones comparadas. Los resultados se encuentran alojados en la plataforma Living Overview of the Evidence (L-OVE), sistema que permite la actualización periódica de la evidencia.

---

<sup>1</sup> Para revisar la metodología, las estrategias y los resultados de la búsqueda, favor revisar el informe “Búsqueda sistemática de evidencia de los efectos deseables e indeseables” en la sección de método de la Guía de Práctica Clínica respectiva.

## C. SÍNTESIS DE EVIDENCIA

### Resumen de la evidencia identificada

Se identificaron 3 revisiones sistemáticas que evalúan gestión de casos en adolescentes con abuso de sustancias, que incluyen 13 estudios primarios en total, de los cuales 4 corresponden a ensayos aleatorizados. Para más detalle ver “*Matriz de evidencia*”<sup>2</sup>, en el siguiente enlace: [Gestión de casos para el manejo de adolescentes con abuso de sustancias](#).

Tabla 1: Resumen de la evidencia seleccionada

Revisión Sistemática	3 [1-3]
Estudios primarios	4 ensayos aleatorizados [4-7] y 9 observacionales [8-16]

### Estimador del efecto

Se realizó un análisis de la matriz de evidencia, observándose que una revisión sistemática incluye el total de los ensayos relevantes [2], sin embargo, la revisión declara que no fue posible realizar un metanálisis debido a las limitaciones de los datos en los estudios primarios [2], por lo que se extrajeron los datos directamente desde ellos y se presentan las conclusiones de manera narrativa.

### Metanálisis

No aplica.

---

<sup>2</sup> **Matriz de Evidencia**, tabla dinámica que grafica el conjunto de evidencia existente para una pregunta (en este caso, la pregunta del presente informe). Las filas representan las revisiones sistemáticas y las columnas los estudios primarios que estas revisiones han identificado. Los recuadros en verde corresponden a los estudios incluidos en cada revisión. La matriz se actualiza periódicamente, incorporando nuevas revisiones sistemáticas pertinentes y los respectivos estudios primarios.

Tabla de Resumen de Resultados (Summary of Findings)

GESTIÓN DE CASOS PARA MENORES DE 20 AÑOS CON TRASTORNO POR USO DE ALCOHOL Y DROGAS.				
Pacientes	Personas menores de 20 años con trastorno por uso de alcohol y otras drogas (consumo perjudicial/dependencia).			
Intervención	Gestión de casos ( <i>case management</i> ).			
Comparación	Manejo habitual.			
Desenlaces	-- Estudios	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes clave en términos sencillos
Abstinencia de alcohol*	-- 3 ensayos/ 674 pacientes [4, 6-7]	Un ensayo presentó un TE: 0,1 (-0,2 a 0,4) [3], otro ensayo un TE: 0,1 (-0,2 a 0,4) [5] y el último ensayo un TE: 0,3 (0,1 a 0,8) [6].	 Baja	La gestión de casos podría tener poco impacto en lograr la abstinencia de alcohol, pero la certeza de la evidencia es baja.
Abstinencia de marihuana*	-- 2 ensayos/ 560 pacientes [6, 7]	TE: 0,4 (0,1 a 0,8) [3], 0,3 (0,0 a 0,6) [5], 0,3 (0 a 0,6) [6].	 Baja	La gestión de casos podría tener poco impacto en lograr la abstinencia de marihuana, pero la certeza de la evidencia es baja.
Abstinencia en otras drogas*	-- 2 ensayos/ 560 pacientes [6,7]	Un ensayo presentó un TE: 0,1 (-0,1 a 0,3) [5] y otro ensayo un TE: 0,3 (0 a 0,6) [6].	 Baja	La gestión de casos podría tener poco impacto en lograr la abstinencia de otras drogas, pero la certeza de la evidencia es baja.
Sintomatología **	-- 1 ensayo/ 320 pacientes [5]	TE: 0,1 (-0,2 a 0,4) [4].	 Baja	La gestión de casos podría tener poco impacto en la sintomatología, pero la certeza de la evidencia es baja.
Funcionalidad o incorporación a vida social	En un ensayo [6], no se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de días en que los pacientes experimentaron problemas emocionales o familiares, participaron en actividades ilegales y asistieron a la escuela o su trabajo entre el grupo en el cual se utilizó gestión de casos y el grupo que recibió manejo habitual.		 Baja	La gestión de casos podría tener poco impacto en la funcionalidad o incorporación a vida social, pero la certeza de la evidencia es baja.
Calidad de vida	El desenlace calidad de vida no fue medido o reportado.		--	---
Adherencia al tratamiento	El desenlace adherencia no fue medido o reportado.		--	---

IC 95%: Intervalo de confianza del 95%.  
 TE: Tamaño de efecto. Interpretación: Pequeño 0,2 a 0,5, moderado 0,5 a 0,8 y grande > 0,8.  
 GRADE: Grados de evidencia Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation.  
 \*Desenlaces medidos según la detección de las diferentes drogas.  
 \*\*Desenlace medido según el efecto en escala de problema de sustancias GAIN (GAIN substance problem scale). La Escala de se basa en las calificaciones de actualidad (p. Ej., El mes pasado, hace dos a 12 meses, hace más de 12 meses, nunca) en 16 síntomas: siete correspondientes criterios de dependencia, cuatro por abuso, dos para problemas de salud y psicológicos inducidos por sustancias, y tres sobre síntomas de uso de menor severidad.  
<sup>1</sup> Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia ya que los ensayos no describen adecuadamente la metodología de aleatorización, ciego, seguimiento completo, entre otras variables.  
<sup>2</sup> Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por ser indirecta, ya que si bien es gestión de casos, podría no ser equivalente a la definición, metodología y contexto chileno (modelo *Assertive Community Treatment - ACT*).

**Fecha de elaboración de la tabla:** Enero, 2019.



## Referencias

1. Vanderplasschen W, Wolf J, Rapp RC, Broekaert E. Effectiveness of different models of case management for substance-abusing populations. *Journal of psychoactive drugs*. 2007;39(1):81-95.
2. Vijverberg R, Ferdinand R, Beekman A, van Meijel B. The effect of youth assertive community treatment: a systematic PRISMA review. *BMC psychiatry*. 2017;17(1):284.
3. Tripodi SJ, Bender K, Litschge C, Vaughn MG. Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: a meta-analytic review. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2010;164(1):85-91.
4. Godley MD, Godley SH, Dennis ML, Funk R, Passeti LL. Preliminary outcomes from the assertive continuing care experiment for adolescents discharged from residential treatment. *Journal of substance abuse treatment*. 2002;23(1):21-32.
5. Godley SH, Garner BR, Passeti LL, Funk RR, Dennis ML, Godley MD. Adolescent outpatient treatment and continuing care: main findings from a randomized clinical trial. *Drug and alcohol dependence*. 2010;110(1-2):44-54.
6. Godley MD, Godley SH, Dennis ML, Funk RR, Passeti LL, Petry NM. A randomized trial of assertive continuing care and contingency management for adolescents with substance use disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2014;82(1):40-51.
7. Godley MD, Godley SH, Dennis ML, Funk RR, Passeti LL. The effect of assertive continuing care on continuing care linkage, adherence and abstinence following residential treatment for adolescents with substance use disorders. *Addiction (Abingdon, England)*. 2007;102(1):81-93.
8. Adrian N, Smith JG. Occupied bed days a redundant currency? An evaluation of the first 10 years of an integrated model of care for mentally ill adolescents. *Clinical child psychology and psychiatry*. 2015;20(3):458-71.
9. Ahrens C, Frey J, Knoedler WH, Senn-Burke SC. Effect of PACT on inpatient psychiatric treatment for adolescents with severe mental illness: a preliminary analysis. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*. 2007;58(11):1486-8.
10. Baier V, Favrod J, Ferrari P, Koch N, Holzer L. Early tailored assertive community case management for hard-to-engage adolescents suffering from psychiatric disorders: an exploratory pilot study. *Early intervention in psychiatry*. 2013;7(1):94-9.
11. Chia, Andrew, Assan, Ben, Finch, Erin, Stargatt, Robyn, Burchell, Peter, Jones, Hayden, Heywood-Smith, Jane. Innovations in Practice: Effectiveness of specialist adolescent outreach service for at-risk adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*. 2012;18(2):116-119.
12. McFarlane WR, Levin B, Travis L, Lucas FL, Lynch S, Verdi M, Williams D, Adelsheim S, Calkins R, Carter CS, Cornblatt B, Taylor SF, Auther AM, McFarland B, Melton R, Migliorati M, Niendam T, Ragland JD, Sale T, Salvador M, Spring E. Clinical and functional outcomes after 2 years in the early detection and intervention for the prevention of psychosis multisite effectiveness trial. *Schizophrenia bulletin*. 2015;41(1):30-43.
13. McGarvey EL, Leon-Verdin M, Bloomfield K, Wood S, Winters E, Smith J. Effectiveness of A-CRA/ACC in treating adolescents with cannabis-use disorders. *Community mental health journal*. 2014;50(2):150-7.
14. Schley C, Ryall V, Crothers L, Radovini S, Fletcher K, Marriage K, Nudds S, Groufsky C, Yuen HP. Early intervention with difficult to engage, 'high-risk' youth: evaluating an intensive

outreach approach in youth mental health. *Early intervention in psychiatry*. 2008;2(3):195-200.

15. Urben S, Baier V, Mantzouranis G, Pigois E, Graap C, Dutoit F, Cherix-Parchet M, Henz C, Faucherand A, Senent E, Holzer L. Predictors and Moderators of Clinical Outcomes in Adolescents with Severe Mental Disorders After an Assertive Community Treatment. *Child psychiatry and human development*. 2015;46(6):997-1005.
16. Urben S, Mantzouranis G, Baier V, Halfon O, Villard E, Holzer L. Timing of Clinical Improvement in Assertive Community Treatment for Adolescents: A Pilot Naturalistic Observational Study. *Archives of psychiatric nursing*. 2016;30(5):645-6.