

“Menores sin alcohol”

Ponencia (154/9) Comisión Mixta de Estudio del Problema de las Drogas

Antón Castaño Rivero

Expresidente de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP)

F.E.A. de Urgencias de Pediatría del H.U. de Cabueñes. Gijón

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol en general –y las intoxicaciones etílicas en particular- en menores, supone un grave problema de nuestra sociedad que, a pesar de que se han impulsado programas de intervención por parte de las instituciones, va en aumento. O al menos no parece que se reduzca significativamente.

Por eso estamos aquí: es un deber de la sociedad en su conjunto analizar el problema con tranquilidad y buscar soluciones colaborando todos los estamentos, tanto políticos como sanitarios y sociales.

Enfocando el problema desde un punto de vista sanitario y clínico, y centrándonos en el menor consumidor de alcohol, llaman la atención tres características importantes:

- Cuantitativa y cualitativamente es un problema de salud preocupante.
- Los menores son especialmente vulnerables dado que puede interferir en su desarrollo físico, psíquico y social.
- Son situaciones voluntarias provocadas por el sujeto que las padece con una intencionalidad, en principio, lúdica.

Desde los Servicios de Urgencias Pediátricos la asistencia a un menor con intoxicación etílica supone atención médica a un grupo de pacientes que, además de padecer una posible situación crítica con grado de complejidad variable, precisa de atención integral tanto individual como de su familia.

Asimismo no podemos olvidar que estos eventos críticos reflejan una situación más global de nuestra sociedad.

En este contexto y a pesar de las campañas preventivas desarrolladas en los últimos años a nivel nacional desde el Gobierno, las Comunidades Autónomas y las instituciones sanitarias, las intoxicaciones suponen el 0,3% del total de visitas atendidas en los Servicios de Urgencias Pediátricos.

Aunque en la mayoría de las ocasiones son eventos con un curso favorable y sin secuelas para el menor, no están exentas de morbilidad y pueden ser motivo de situaciones clínicas graves con riesgo de secuelas e incluso de desenlace fatal.

DIMENSIÓN del problema

El primer paso para atajar un problema es conocerlo y medirlo. En lo referente al consumo de bebidas alcohólicas tenemos únicamente datos parciales derivados de distintas fuentes de información.

Por una parte tenemos la **Encuesta sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES)** que es un programa de investigación enmarcado en el Plan Nacional sobre Drogas y que ofrece datos representativos a nivel de Comunidad Autónoma. El objetivo de estos informes es conocer la situación y tendencias de consumo de drogas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias, Bachillerato y Ciclos formativos, a nivel estatal y autonómicos, con la finalidad de obtener información útil para diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo de drogas y los problemas derivados del mismo, dirigidas sobre todo al medio familiar y educativo.

Existen diversos Observatorios (Autonómicos, Nacional, Europeo...) que, a través de encuestas domiciliarias, tratan de cuantificar el problema y medir su evolución. En alguna Comunidad Autónoma (en Castilla y León se vigilan cuatro hospitales) dentro de los indicadores básicos que se utilizan en el Observatorio sobre abuso de drogas se encuentra la recogida sistemática de urgencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. Esta podría ser una muy buena medida para generalizar con el fin de adquirir un preciso conocimiento epidemiológico.

(Nos ofrecen datos como los aparecidos en prensa: **“SOS por el consumo de alcohol en jóvenes**. En 2016, 1.000 jóvenes de Castilla y León fueron hospitalizados por intoxicaciones etílicas. Datos de la Consejería de Familia”)

En el ámbito de las **Urgencias de Pediatría**, únicamente disponemos de un conocimiento parcial de la situación debido a que en la actualidad no existe un registro unificado, con un mismo código, de las intoxicaciones etílicas que acuden a los centros sanitarios de nuestro entorno.

Los datos más precisos en urgencias pediátricas los obtenemos a través del Observatorio Toxicológico enmarcado en el Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), que ha publicado un estudio de la evolución de las intoxicaciones:

Cambios epidemiológicos en las intoxicaciones atendidas en los servicios de urgencias pediátricos españoles entre 2001 y 2010: incremento de las intoxicaciones etílicas. (Beatriz Azkunaga, Santiago Mintegi, Laura Del Arco, Irati Bizkarra, GRUPO DE TRABAJO DE INTOXICACIONES SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA)

Las intoxicaciones por etanol con fin recreacional han aumentado de manera significativa. Hoy en día, el etanol es el agente implicado con mayor frecuencia en las intoxicaciones agudas atendidas en los Servicios de Urgencias Pediátricas en España. [Emergencias 2012;24:376-379]

El conocimiento de la epidemiología de las intoxicaciones facilita una mejor atención de las mismas.

Las intoxicaciones agudas son una consulta poco habitual en un servicio de urgencias pediátrico. Habitualmente se trata de situaciones de escaso riesgo aunque, en ocasiones, son verdaderas emergencias.

En 2006, el Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (GTISEUP) publicó datos recogidos en 17 hospitales en 2001 y 2002. La mayoría de las intoxicaciones eran debidas a ingestas no voluntarias de medicamentos por parte de niños pequeños. Las intoxicaciones con fin recreacional suponían un pequeño porcentaje de consultas, sobre todo en mayores de 14 años.

Al comparar con episodios recogidos prospectivamente en el Observatorio Toxicológico de la SEUP entre octubre de 2008 y septiembre de 2010, se apreció que las intoxicaciones por etanol aumentaron de forma significativa tanto en el grupo de 7-13 años como en los más mayores. Se duplicaron.

El cambio más llamativo en los últimos 10 años es el aumento significativo de las consultas en mayores de 12 años por intoxicaciones etílicas con fin recreativo. Hoy en día, el etanol es el principal causante de intoxicaciones pediátricas atendidas en el hospital, y la intoxicación etílica se ha convertido en una consulta más habitual, sobre todo en las tardes y noches de fines de semana.

La edad de estos pacientes ha disminuido, lo que podría indicar que el contacto con el etanol con fin recreativo sucede actualmente a edades más tempranas.

El patrón más habitual corresponde a jóvenes de 13-14 años que consumen etanol con fin recreativo durante los fines de semana y que son traídos a urgencias por los sistemas de emergencias.

Con respecto al sexo de los pacientes con, aunque existen publicaciones previas que destacan la mayor incidencia de varones que presentan una intoxicación etílica con fin recreacional, en el último análisis del Observatorio de Toxicología se aprecia un cambio en este aspecto. Se identifica un aumento de las mujeres afectadas, las cuales suman actualmente el 56% de las intoxicaciones por etanol.

El consumo de otras sustancias asociado al etanol permanece estable, si bien muchas sustancias no son detectables habitualmente en urgencias. La sustancia más comúnmente encontrada es el cannabis.

Las intoxicaciones etílicas se muestran con un perfil específico: habitualmente ocurren fuera del domicilio familiar; son voluntarias, con finalidad lúdica; con frecuencia los menores acuden a los servicios sanitarios en transporte sanitario o Servicios de Orden Público y sin la compañía de sus padres en un primer momento; casi la totalidad presenta síntomas.

Al margen de los importantes datos que nos aporta este trabajo, cabe pensar también que, sin embargo, muchos de los menores que sufren una intoxicación etílica, sin excesivos síntomas o

sin una valoración adecuada, no son trasladados a centros sanitarios sino que permanecen en otros lugares, en ocasiones probablemente no en los más adecuados, esperando a que su sintomatología remita. Podemos presuponer que los casos de intoxicaciones etílicas que atendemos en los servicios de urgencias representan solo una pequeña proporción de la situación que afecta a nuestros menores. **Todo ello acentúa la situación de vulnerabilidad y riesgo a la que está expuesto el menor durante todo ese tiempo.**

ACTUACIÓN de los SERVICIOS DE URGENCIAS PEDIÁTRICOS

Los pacientes que consultan por intoxicación etílica requieren, como cualquier otro paciente, una Valoración Inicial y atención y estabilización en función de su situación clínica.

En general estos pacientes precisan de actuaciones sanitarias con mayor frecuencia que otras intoxicaciones (en comparación con intoxicaciones en niños pequeños). Sin embargo y según los datos recogidos, no parece que los pacientes acudan en peor estado que hace diez años, ya que, aunque el porcentaje de pacientes que referían síntomas es mayor, no se practicaron pruebas o se ingresó en el hospital a más pacientes.

Técnicamente, debemos tener en cuenta la presencia de eventos añadidos: además de su intoxicación, debido precisamente a ella o como consecuencia de la misma, ya que, en su situación de paciente intoxicado, sus facultades mentales o su nivel de conciencia estarán disminuidos y su sentido del riesgo mermado ante determinadas situaciones o actuaciones, lo que explica que hasta un 34% de los menores atendidos con intoxicación etílica presentaban un traumatismo asociado.

Como ya habíamos comentado en general precisan con mayor frecuencia la realización de pruebas complementarias, la administración de algún tratamiento y/o estancias hospitalarias más prolongadas.

El ámbito de las Urgencias Pediátricas puede ser el inicio de la intervención “preventiva” en relación al consumo de alcohol:

- En intoxicación aguda (hablaríamos en este caso de prevención secundaria o terciaria) Estos casos vendrían a demostrar el fallo de las medidas legales –normativas- instauradas.

Tras la atención inicial y estabilización, en cuanto sea posible, se debería iniciar la intervención sobre recomendaciones hacia el no consumo de bebidas alcohólicas y la promoción de conductas saludables.

En el documento **“PROGRAMA MENORES Y ALCOHOL. Abordaje en Osakidetza”** se recomienda un esquema de actuación en los Servicios de Urgencias para los casos de menores que demanden asistencia por consumo de alcohol u otros procesos que se sospechen puedan ser secundarios al consumo.

- Intervención preventiva identificando riesgo (encuesta*)
Aunque este tipo de intervención parece más propia de Atención Primaria podría valorarse su generalización a todos los ámbitos de salud.

Del conjunto de cribado e intervención breve, el cribado es quizás el elemento más importante, pudiendo considerarse en sí mismo la más breve de las intervenciones.

En cuanto al ámbito de intervención, se reconoce la capacidad de los Servicios de Urgencias para detectar el problema, pero no hay seguridad de que sea el mejor lugar de tratamiento.

Por otro lado, en ausencia de instrumentos sensibles para detectar el abuso de alcohol en este grupo de edad, se corre el riesgo de definir el abuso en adolescentes jóvenes a través de la incidencia de intoxicaciones graves o ingresos hospitalarios, con la posible pérdida de una proporción de jóvenes que podrían beneficiarse de las intervenciones.

Como apuntaba anteriormente, aunque en cifras totales atendemos pocos casos de menores, especialmente en menores de 14 años, deberíamos considerarlo como señal de alarma. A urgencias llegan pocos pero vemos que son cientos los que se reúnen para consumir bebidas alcohólicas.

Además de las actuaciones clínicas y preventivas podría ser conveniente establecer un sistema de alertas, un observatorio (como el diseñado en los “Hospitales vigía” de Castilla y León) para conocer con más precisión las dimensiones del problema y poder articular medidas orientadas a corregir esta situación.

*La guía National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) de 2011 del Instituto de Salud Americano propone una **herramienta de cribado** con 2 preguntas específicas para 3 intervalos de edad comprendidos entre 9 y 18 años, con la finalidad de tener una idea del nivel de riesgo para problemas relacionados con el alcohol de los adolescentes (una de las preguntas explora el consumo de los amigos y la otra el propio del encuestado)

Varios autores (Kelleher y cols., 2013; Deluca y cols., 2013; Johnston y cols., 2011) recomiendan bajar la edad de la población a la que realizar el cribado a los 12 e incluso menos años (9 años), basándose en su capacidad para prevenir el riesgo asociado al consumo de alcohol en el adolescente incluso antes de que lo haya probado (explorando uso en amigos), como parte básica de la intervención en alcohol. Por otra parte, el cribado de alcohol tiene otros beneficios, ya que el alcohol es la droga utilizada por el mayor número de adolescentes (Johnston y cols., 2010) y para muchos jóvenes es también la primera sustancia que prueban: los jóvenes que no usan alcohol es improbable que utilicen otras drogas, mientras que los que se encuentran fuertemente relacionados con el alcohol tienen un riesgo aumentado de consumir otras sustancias y de estar expuestos a otros comportamientos de riesgo (NIAAA, 2011; Biglan y cols., 2004)

La **“Guía de prevención del consumo de alcohol en la Edad Pediátrica para profesional sanitario”** del Observatorio sobre Drogas y Adicción a las Bebidas Alcohólicas del Principado de Asturias incorpora la traducción hecha por el grupo redactor, de la guía de intervención *«Alcohol screening and brief for youth: a practitioner’s guide»* («Cribado sobre consumo de alcohol e intervención breve para jóvenes») elaborado por el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism – NIAAA- de Estados Unidos de América.

MEDIDAS

Cuando tras la publicación de numerosos documentos elaborados por grupos de expertos (Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol OMS; Documentos de Comunidades autónomas, etc.) nos encontramos que el problema permanece o se incrementa, se conoce que algo estamos haciendo mal. O al menos no lo bien que necesitamos.

Sin ser experto en Salud Pública ni en toxicomanías, y siéndolo en Urgencias Pediátricas, podría circunscribirme a mi ámbito de trabajo, pero mucho me temo que, aunque evidentemente me sentiría más cómodo, poco podría aportar en la búsqueda de soluciones.

No sé si un motivo por el que no acabamos de encontrar solución es porque

- No podemos abordarlo como un mismo problema, teniendo en cuenta las diferencias que hay entre las diferentes etapas de la vida
- No tenemos suficientemente en cuenta a los protagonistas en la búsqueda de soluciones
- Continuamos, tanto en publicidad, como en legislación, cultura-tradiciones... enviando mensajes contradictorios

En todo caso, las propuestas habrán de tener en cuenta todos estos factores.

Factores evolutivos

Durante la infancia, niñas y niños aprendemos a identificar el alcohol con el mundo adulto, tanto por el ejemplo de los padres como por la influencia de otros modelos sociales a través del cine, televisión etc. Por tanto, los factores psicosociales tienen una influencia dominante.

La adolescencia es una etapa crítica para el inicio del consumo de sustancias adictivas. Son sustancias que pueden marcar en muchos adolescentes el acceso psicológico al mundo de los adultos. La imitación y el deseo de ser como los demás tienen un peso muy importante en el inicio del consumo de alcohol.

Por otra parte, la construcción del hábito de consumo de alcohol se verá reforzada en la medida en que el o la adolescente aprenda que el alcohol le sirve, al menos a corto plazo, para evitar situaciones negativas, o para obtener o intensificar sensaciones positivas.

Un cambio importante que se está observando es que, entre las motivaciones que incitan a beber, cada vez es más frecuente la búsqueda de los efectos psicoactivos del alcohol. Los motivos subjetivos están empezando a tener más peso que los motivos sociales.

Factores económicos

Desde el punto de vista del entorno social, hay que partir del hecho de que el alcohol genera una potente industria a su alrededor y mueve importantes beneficios económicos.

La producción, elaboración y comercialización de bebidas alcohólicas constituye una rentable actividad económica. Por ello, un elemento que contribuye a su importante consumo es la

gran inversión publicitaria de la industria, destinada al mantenimiento y a la captación de nuevos bebedores en grupos de población vulnerables.

La gran extensión y el elevado prestigio social que tiene el consumo de bebidas alcohólicas en nuestra sociedad es producto del papel que históricamente ha tenido en Europa occidental tanto desde el punto de vista agrícola como económico, social y cultural.

Hemos presenciado estos días en Asturias las discrepancias entre los diputados de los diversos grupos políticos y el representante de la Asociación de Sidra Asturiana con motivo del debate parlamentario de la Ley de Atención Integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas, en concreto en relación al apartado relativo a las limitaciones a la publicidad. Frente a quienes opinan que no debería establecerse una diferencia entre “alcohol bueno y alcohol malo” y que “la graduación no debería ser elemento para permitir o no la publicidad” están los que opinan que la limitación “afectaría a una de las señas de identidad de Asturias”. Incluso el propio Consejero de Sanidad afirmó que “no es lo mismo una bebida de baja que de alta graduación”.

De acuerdo con alguna de las opiniones vertidas, parece que seguimos atendiendo a criterios económicos y no de salud pública.

Factores legislativos

Sabemos que “la mayor o menor facilidad para conseguir una droga es un factor de protección/riesgo que correlaciona positivamente con la prevalencia de consumo, de tal forma que **a mayor accesibilidad mayor consumo y viceversa**. Esta relación tiene tanta fuerza que en las estrategias de reducción y prevención del consumo de drogas en general y del alcohol en particular, una de las que cuenta con mayor evidencia es **dificultar el acceso**. La OMS destaca respecto al alcohol que intervenir **sobre la demanda** a través del aumento de precios o restringiendo la venta en horas y espacios determinados para **dificultar su accesibilidad** *«son dos de las estrategias más rentables para países y comunidades para reducir o prevenir los daños relacionados con el alcohol»*”.

Según los estudios ESTUDES, basados en encuestas, el alcohol es la droga de más fácil acceso y de menor percepción del riesgo asociado al consumo.

EN CONCLUSIÓN

Ante un problema tan importante como el que nos ocupa, no queda más que un abordaje multifocal y pluridisciplinar por el que vayamos consiguiendo minimizar los factores de riesgo y potenciando los factores de protección (Anexo TABLA FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN).

Con el objeto de que el diseño e implementación de las intervenciones preventivas se ajusten a **criterios científicos y técnicos**, el *National Institute on Drug Abuse*, NIDA, elaboró en 1997 y actualizó en 2004 una serie de **principios de la prevención** que muestran las líneas a seguir sobre **cómo podemos llevar a cabo una prevención en niños/as y jóvenes** en el campo de las drogodependencias. (Ver tabla)

Principios de la prevención NIDA (2004) adaptados a un programa de prevención del consumo de alcohol en atención pediátrica

- a) Los programas de prevención deberán ir **enfocados a mejorar los factores de prevención** (Ej., el apoyo de los padres) y **revertir o reducir los factores de riesgo** (Ej., actitudes y comportamientos).
- b) Deben **dirigirse a todas las formas de consumo de drogas**, por separado o en conjunto, incluyendo las drogas legales como el **alcohol por menores**.
- c) Deben ser diseñados para **tratar riesgos específicos** según las **características de la población diana (edad, el sexo, cultura)**.
- d) Las **intervenciones cortas enfocadas en la familia y dirigidas a la población en general** pueden **cambiar positivamente conductas específicas de los padres** que pueden **reducir los riesgos futuros** para el abuso de drogas.
- e) Los dirigidos a **niños de 6 a 11 años** deben ser orientados a la **mejora del aprendizaje socio-emotivo para tratar factores de riesgo**, enfocándose en las **siguientes habilidades**:
 - a) auto-control;
 - b) conciencia emocional;
 - c) comunicación;
 - d) solución de los problemas sociales.
- f) Los dirigidos a chicos y chicas **de 11 a 14 años** deben aumentar la **competencia social** con las siguientes **habilidades**:
 - a) comunicación;
 - b) relaciones con los compañeros;
 - c) auto-eficacia y reafirmación personal;
 - d) habilidades para resistir las drogas;
 - e) refuerzo de las actitudes anti-drogas; y
 - f) fortalecimiento del compromiso personal contra el abuso de las drogas.
- g) Los programas de prevención son **más eficaces cuando emplean técnicas interactivas**, lo que **permite una participación activa en el aprendizaje** sobre el abuso de drogas y en el **refuerzo de habilidades**.

Lo imprescindible. Prioridades.

Si nos planteamos “actuaciones imprescindibles” o “prioritarias”, parece que estamos introduciendo el concepto temporal de rapidez, inmediatez, prisa, y con la sensación de que con estas medidas tendríamos resultados visibles casi inmediatos.

Si algo sabemos es que no obtendremos resultados a corto plazo.

Parece que la única forma de conseguir un cambio real en relación al consumo de alcohol en menores será a través de acciones educativas que promuevan un cambio cultural.

Sensibilización y educación (si es que son separables) serían los pilares del cambio.

Sensibilización. Mejor en etapas muy receptivas (quizá tengan que ser los más pequeños quienes puedan influir en los adultos; hijos a padres; entre iguales; adultos a jóvenes; jóvenes a niños; chicos a chicas y chicas a chicos)

Educación: entender el problema y sus consecuencias.

Generalmente hablamos de “un problema”, pero es posible que estemos equivocados al abordarlo o entenderlo así: no es lo mismo un niño o una niña que un preadolescente, un adolescente, un joven o un adulto; y seguro que no será lo mismo según su origen social, económico, cultural o religioso...; y habrá diferencias según ámbito rural o urbano; y no digamos si pertenece a una zona productora...

Por otra parte, echo de menos la presencia de los protagonistas. Quizá estemos tratando de solucionar o prevenir un importante problema personas que ya nos encontramos bastante alejados (por edad y circunstancias) de la realidad que viven los jóvenes.

CONCLUSIÓN

Finalmente debemos insistir en la importancia de realizar una medicina integral en este tipo de pacientes. En ocasiones puede precisar de otros profesionales para su valoración y seguimiento en el ámbito físico y psicológico, tanto en los servicios de urgencias pediátricos como fuera de ellos, así como una continuidad llevada a cabo por los servicios sociales y sanitarios que permitan una valoración completa de la verdadera situación del menor.

Todas estas acciones se deberían llevar a cabo bajo el amparo y la perspectiva de la práctica clínica basada en el ejercicio de una medicina centrada en la familia.

Desde las instituciones son deseables intervenciones en diferentes aspectos para ofrecer una mejora en la atención sociosanitaria de los menores en general y en las intoxicaciones etílicas en particular:

- Prevención en distintos ámbitos relacionados con el menor: ámbito comunitario, ámbito familiar, en su tiempo libre y ocio...
- Control de la oferta de alcohol a los menores
- Protocolizar el tratamiento y la continuidad asistencial.

Para todo ello se debe planificar y legislar de acuerdo a los principios de querer alcanzar una sociedad de bienestar, tanto en general como en particular para nuestros menores, ya que son el futuro de nuestra sociedad.

Tendríamos que conseguir que se vea como algo no deseable el turismo de borrachera, el consumo de atracón, la embriaguez o el “botellón” de la misma manera que se consiguió el cese de consumo de tabaco en locales públicos.

Y no parece que la solución (o las soluciones) vengan de más legislación ni de medidas punitivas sino de acciones educativas más próximas a los jóvenes que promuevan un cambio cultural.

En Gijón, a 29 de mayo de 2017