

Rol del pediatra en la prevención del consumo étílico en la adolescencia temprana en el sistema de salud cubano

The pediatrician role on the prevention of alcohol consumption in early adolescence in the Cuban health system

Sr. Editor:

La adolescencia temprana se considera un periodo de vulnerabilidad a conductas de riesgo; es una realidad que ambos sexos se inician de modo más precoz en diversos comportamientos que anteriormente se presentaban en etapas posteriores de la adolescencia. El consumo de bebidas alcohólicas es un problema de la salud pública en la actualidad y en el contexto internacional numerosas investigaciones señalan el papel protagónico del pediatra en la atención a la adolescencia temprana con consumo étílico. En Cuba se han obtenido evidentes logros en la atención al adolescente pero en el rol del pediatra no se incluye la atención a lo que se considera un problema trascendental. Por todo ello, se analizaron aspectos teóricos sobre la salud del adolescente, los determinantes sociales en la misma (familia, escuela, grupo de iguales y comunidad), la prevención y las intervenciones, la adolescencia en la formación de los profesionales de la salud en Cuba y la atención pediátrica a la adolescencia temprana con consumo étílico en el sistema de salud.

En cuanto a la prevención: el enfoque de la salud pública ha cambiado la tendencia tradicional del siglo XX, se sustenta en la promoción y la prevención, pone énfasis en la reducción de los factores de riesgo, con el fin de detener el avance de ellos, minimizar sus consecuencias y fortalecer los factores protectores. La prevención de los problemas de conducta en los adolescentes puede reducir la carga de morbilidad en esta etapa y en la edad adulta. Además de aportar mayores perspectivas de futuro, invertir en promoción y prevención puede significar un ahorro para los países y contribuirá a la salud general, la educación y las condiciones sociales de las presentes y futuras generaciones.¹

Respecto a la adolescencia en la formación de los profesionales de la salud en Cuba: en el pregrado, en el programa de la carrera de Medicina, en primer año, en la asignatura Introducción a la Medicina General Integral (MGI). Tema IV. Atención Primaria de Salud (APS) se hace alusión a factores de riesgo dañinos a la salud, entre ellos el alcoholismo, pero no se profundiza al tener en cuenta su importancia. En

segundo, tercer, cuarto y sexto año de la carrera no se hace referencia al tema en ninguna asignatura. En quinto año en la asignatura de Psiquiatría: uno de los contenidos es el alcoholismo, al que dedican varias actividades que se consideran suficientes.

En postgrado: en el programa de la especialidad de MGI: se hace referencia a las drogodependencias de forma general, pero no se especifica ningún aspecto relacionado con el consumo étílico, tampoco se especifica la atención a la adolescencia temprana.

Relacionado con el programa de la especialidad de Pediatría, no se incluye el tema del consumo étílico.

En la Maestría de Atención Integral al Niño se incluyen cursos en los que se puede hacer referencia al tema, pero no sucede así.

La autora considera que los planes de estudio analizados no están diseñados suficientemente para el aprendizaje de conocimientos relacionados con la adolescencia, sus conductas de riesgo, incluido el consumo étílico y las estrategias docentes no propician el desarrollo de habilidades prácticas en este sentido. De ello se deriva una pobre atención a este grupo de edad. Falta de controles estadísticos y la inclusión en los análisis de la situación de salud; tampoco se realizan suficientes investigaciones sobre la temática. En la actualidad se enfrenta un cambio en el perfil de morbilidad de los adolescentes, el que debiera ir aparejado de una innovación en la forma de enseñar y ejercer la Pediatría.

En cuanto a la atención pediátrica y la adolescencia temprana con consumo étílico en el sistema de salud cubano: en los programas diseñados desde la década del setenta del pasado siglo aparece reflejada la atención al adolescente, pero no es hasta el 2006 que, en la actualización del Programa de Prevención y Control del Alcoholismo, se hace referencia al consumo excesivo de alcohol en adolescentes y se proponen actividades de prevención para las que recomiendan la participación de equipos de salud mental, de los médicos y enfermeras de la familia. No se hace alusión al pediatra, profesional que mantiene un estrecho vínculo con los adolescentes.²

Los profesionales de Atención Primaria (AP) muestran una gran preocupación por el consumo étílico en la población adolescente, sin embargo, les parece muy difícil intervenir con ésta, no saben cómo, cuándo y dónde hacerlo; no se sienten preparados para diagnosticar el abuso de sustancias.

Por todo lo antes expuesto, se considera necesaria una nueva concepción del rol del pediatra en la atención de la adolescencia temprana con consumo étlico en el sistema de salud cubano, ella constituiría el sostén de una metodología de atención en la que participaría el médico de familia como base del proceso, la familia, la escuela, grupo de iguales y la comunidad. ■

Dra. Tania Borrás Santiesteban
Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya.
Holguín, Cuba

REFERENCIAS

1. Catalano RF, Fagan AA, Gavin LE, Greenberg MT, et al. Adolescent Health 3. Worldwide application of prevention science in adolescent health. *Lancet*. 2012;379:1653-64.
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anteproyecto de plan de acciones para la actualización del Programa Nacional de Prevención y Control del uso nocivo del alcohol. Ciudad de la Habana; 2006.

Actualización en las recomendaciones del choque anafiláctico: novedades sobre el uso de la adrenalina

Update on the recommendations of anaphylactic shock: news about the use of adrenaline

Sr. Editor:

Hemos leído con agrado la actualización sobre el uso de adrenalina en el shock anafiláctico publicada en esta revista por el Comité Nacional de Alergia de la Sociedad Argentina de Pediatría.¹

No existen datos de la incidencia de reacciones anafilácticas severas en los servicios o unidades de Emergencias pediátricas de nuestro país. Algo similar sucede en países desarrollados. La variabilidad de datos según las distintas series es significativa, posiblemente debido al subdiagnóstico; en España en el 2012 se publicó una incidencia de 103 casos por 100.000 personas/año, mientras que en Turquía 1,95 por 100.000 personas/año.² Según las últimas guías de *World Allergy Organization* (WAO) existe incremento en su incidencia.³

Siendo una urgencia no tan frecuente, suele haber confusiones sobre su manejo. En el 2007 se divulgó en el Reino Unido una encuesta realizada a 95 médicos donde solo el 17% respondió adecuadamente dosis y vía de administración de la adrenalina.⁴

Los pilares del manejo del shock anafiláctico son el **reconocimiento temprano** y la **rápida indicación de adrenalina de forma adecuada**.

La actualización publicada recientemente en Archivos Argentinos de Pediatría arremete contra uno de los errores más frecuentes que suceden durante el manejo de la anafilaxia. Aclara la vía, la forma de preparación y el sitio de administración de la adrenalina, y refuerza que ninguna otra droga debe ser administrada antes que la adrenalina. Dado que el otro pilar del manejo es el reconocimiento temprano nos gustaría remarcar en qué circunstancias estamos ante una anafilaxia severa y debe administrarse la adrenalina. En el año 2005 (y actualizado en el 2012) la WAO publicó guías de evaluación y manejo de la anafilaxia. Define anafilaxia severa/shock según uno o más de los siguientes **criterios**: **1-** Enfermedad aguda que compromete la piel, mucosas o ambas más alguno de los siguientes: compromiso respiratorio, caída de la tensión arterial o síntomas de hipoperfusión cerebral. **2-** Dos o más de los siguientes que sucedan luego de la exposición a un probable alérgeno: compromiso de piel y/o mucosa, compromiso respiratorio, hipotensión o síntomas de hipoperfusión cerebral, síntomas gastrointestinales persistentes. **3-** Caída de un 30% de la tensión arterial sistólica luego de la exposición a un alérgeno conocido. Frente a cualquiera de estas tres situaciones el paciente debe recibir adrenalina intramuscular sin demoras.⁴⁻⁶

Así como en esta oportunidad el Comité Nacional de Alergia publica esta actualización, los servicios y unidades de Emergencias debemos cumplir y difundir protocolos de actuación que mejoren la atención de niños y adolescentes que arriban con cuadros críticos no tan frecuentes y, a menudo, subdiagnosticados. ■

Dra. Ana L. Fustiñana
Dr. Pedro B. Rino
Unidad Emergencias,
Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan

REFERENCIAS

1. Comité Nacional de Alergia. Actualización en las recomendaciones del tratamiento del choque anafiláctico: novedades sobre el uso de adrenalina. *Arch Argent Pediatr* 2015;113(1):81-7.
2. Simons FE, Arduzzo LR, Dimov V, Ebisawa M, et al. World Allergy Organization Anaphylaxis Guidelines: 2013 update of the evidence base. *Int Arch Allergy Immunol* 2013;162(3):193-204.
3. Simons FE, Arduzzo LR, Bilò MB, El-Gamal YM, et al. World Allergy Organization Guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. *World Allergy Organ J* 2011;4(2):13-37.

4. Jose R, Clesham GJ. Survey of the use of epinephrine (adrenaline) for anaphylaxis by junior hospital doctors. *Postgrad Med J* 2007;83(983):610-1.
5. Simons FE. Anaphylaxis: recent advances in assessment and treatment. *J Allergy Clin Immunol* 2009;124(4):625-36.
6. Lieberman P, Nicklas RA, Oppenheimer J, Kemp SF, et al. The diagnosis and management of anaphylaxis practice parameter: 2010 update. *J Allergy Clin Immunol* 2010;126(3):477-80.