



### LS Eddy Ives

Pediatra. Directora Médico del Centro Médico San Ramón.  
Barcelona.

## Consejos para padres y adolescentes sobre el uso de la marihuana en la era de la legalización de la misma

*Counseling Parents and Teens About Marijuana Use in the Era of Legalization of Marijuana*

**Ryan SA, Ammerman SD, & Committee on Substance Use and Prevention CLINICAL REPORT Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care**

*American Academy of Pediatrics. PEDIATRICS 2017; 139 (3). Acceso 04/09/2017:*  
<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/139/3/e20164069.full.pdf>

Muchos estados de EEUU han hecho recientes cambios significativos en su legislación haciendo que el uso recreativo y/o médico de marihuana por parte de adultos, sea legal. Aunque estas leyes en su mayor parte no se han dirigido a la población adolescente, han creado un ambiente en el que la marihuana cada vez se considera como más aceptable, seguro y terapéutico. Este informe clínico ofrece orientación práctica al pediatra en cuanto a asesoramiento a adolescentes y sus padres sobre marihuana y su uso basándose en pruebas existentes y la opinión/consenso de expertos de la Academia Americana de Pediatría.

Puntos de conversación para padres y adolescentes (folleto):

1. El cannabis no es una droga benigna para el adolescente. El cerebro del adolescente aún está en desarrollo y el cannabis puede ocasionar un desarrollo anormal del mismo.
2. Los adolescentes que utilizan cannabis de forma regular pueden desarrollar serios trastornos de salud mental, incluyendo problemas de adicción, depresión y psicosis.
3. No hay estudios sobre la utilización médica de cannabis en adolescentes, por lo que se desconoce sus indicaciones, las dosis más apropiadas, efectos y efectos adversos. Los únicos datos disponibles sobre el uso de cannabis por indicación médica en la población pediátrica, está limitado a su uso en niños con convulsiones refractarios graves.
4. El consumo de cannabis por menores y adultos jóvenes por debajo de 21 años es ilegal (en EEUU).
5. Nunca se debe conducir bajo el efecto del cannabis ni ir en un coche que el conductor esté bajo el efecto del mismo. Son frecuentes los accidentes de circulación debido al consumo de cannabis.
6. El humo del cannabis es tóxico, similar al efecto nocivo del humo de tabaco.

7. *Para padres.* Los padres sois un modelo para vuestros hijos. Vuestras acciones son más poderosas que vuestras palabras. Por tanto, si utilizáis cannabis delante de vuestro hijo/a adolescente, hay mayor probabilidad que él/ella lo utilice, aunque le digáis que es perjudicial y no debe consumirlo.
8. *Para padres.* Es importante guardar todos los productos de cannabis fuera del alcance de vuestros hijos. A igual que con otros medicamentos y productos tóxicos, se debe utilizar contenedores que sean a prueba de niños y mantenerlos fuera de su alcance. En cuanto a los niños más pequeños, los productos comestibles y las bebidas de marihuana pueden ser particularmente peligrosos.
9. *Para padres.* Recuerde que la intoxicación y la euforia son efectos predecibles por el uso de cannabis. Estar "colocado" por su propio uso recreativo o medicinal de marihuana puede alterar su capacidad para actuar con seguridad como padre o para proporcionar un ambiente seguro para bebés y niños.
10. *Para padres.* Si su hijo directamente le pregunta si ha consumido marihuana, una respuesta breve y honesta puede ayudar al niño a sentirse cómodo hablando con usted sobre los problemas por consumo de drogas. Sin embargo, no se aconseja compartir sus propias historias de consumo con sus hijos. Una discusión en general de los posibles escenarios de consumo de drogas, puede ser un enfoque más útil.

---

## Desconfianza en los cuidados paliativos proporcionados a un padre y consecuencias negativas a largo plazo entre los adolescentes en duelo: estudio basado en una encuesta poblacional

*Distrust in the End-Of-Life Care Provided to a Parent and Long-Term Negative Outcomes Among Bereaved Adolescents: A Population-Based Survey Study*

**Beernaert K, Kreicbergs U, Fürst CJ, Nyberg T, Steineck G, Bylund-Grenklo T.**

*Journal of clinical oncology.* Acceso 04/09/2017:

<http://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JCO.2017.72.9814>

**Objetivos.** Investigaciones previas muestran que la muerte de un padre coloca a los hijos en riesgo de una serie de consecuencias negativas. El papel de la confianza en la atención de la salud al final de la vida se ha reconocido como crucial para los pacientes y los miembros adultos de la familia. Sin embargo, las consecuencias de la desconfianza de los niños en la atención brindada a sus padres siguen siendo desconocidas. Por tanto, se ha investigado los resultados negativos a largo plazo por la desconfianza de los hijos e hijas de los pacientes que padecían cáncer, en el cuidado que se proporcionaba a su progenitor en el proceso de la muerte.

**Métodos.** Se utilizó una encuesta nacional poblacional para investigar la desconfianza auto-informada en la atención prestada y los posibles resultados negativos en 622 (73%) de los participantes que habían perdido un padre a raíz de un cáncer 6 a 9 años antes, entre los 13 a 16 años de edad del encuestado. Todos los participantes tenían 18 años o más en el momento de la encuesta.

**Resultados.** En aquellos que informaron de poca o ninguna confianza en la atención de la salud a sus padres moribundos, tenían un riesgo mayor con significación estadística de varios

resultados negativos en el momento de la encuesta: amargura hacia los profesionales de la salud por no haber hecho todo lo que era posible (ratio riesgo RR, 3,5; IC del 95%, 2,3-5,1), y por haber interrumpido el tratamiento (ratio riesgo RR 3,4; IC del 95%; 2,1-6,0), actitud autodestructiva (por ej. autolesionarse) (RR 1,7; IC 95%; 1,2-2,4), y problemas psicológicos (depresión moderada a grave según *Patient Health Questionnaire-9*) (RR 2,3; IC del 95%; 1,5-3,5).

**Conclusión.** En los sujetos que habían sufrido en su adolescencia la pérdida por cáncer de un progenitor, la desconfianza en la atención de salud proporcionada al padre está asociada con un mayor riesgo de resultados negativos a largo plazo. Los profesionales de la salud involucrados en este cuidado podrían desempeñar un papel importante para salvaguardar la confianza de los adolescentes.

---

## Conductas de riesgo para las infecciones oculares relacionadas con el uso de lentes de contacto entre adultos y adolescentes - Estados Unidos, 2016

*Risk Behaviors for Contact Lens–Related Eye Infections Among Adults and Adolescents - United States, 2016*

**Cope JR, Collier SA, Nethercut H, Jones JM, Yates K, Yoder JS.**

*MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2017; 66: 841-845. Acceso 05/09/2017:

DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6632a2>.

Las infecciones oculares relacionadas con el uso de lentes de contacto, que pueden conducir a consecuencias graves, incluida la ceguera, están asociadas con varios factores de riesgo, como dormir con lentes, exponer las lentes al agua, no cumplir con los tiempos de reemplazo y reutilizar la solución desinfectante. En algunos estudios se ha informado que los usuarios adolescentes y adultos jóvenes de lentes de contacto tienen mayor probabilidad de desarrollar infecciones oculares y de tener prácticas higiénicas deficientes con las lentes oculares, en comparación con los adultos mayores.

En 2016 se estima que 3,6 millones de adolescentes de 12 a 17 años de edad (14,5% de los adolescentes), 7,5 millones de jóvenes de 18-24 años (24,4% de adultos jóvenes) y 33,9 millones de adultos mayores de 25 años (15,5% adultos) en los Estados Unidos llevaban lentes de contacto. Entre los usuarios de lentes, el 90,4% de los adultos y el 87,8% de los adolescentes informaron usar lentes de contacto blandas (lentes de plástico suave y flexible que permiten que el oxígeno pase a través, a la córnea). No se observaron diferencias demográficas significativas entre los usuarios de lentes de contacto adolescentes y los adolescentes que no los usaban.

Al menos un comportamiento de riesgo relacionado con la higiene de las lentes de contacto fue reportado por usuarios de adultos mayores (87,5%), adultos jóvenes (80,9%) y adolescentes (85,3%). Los comportamientos de riesgo más frecuentes en los adolescentes fueron: no visitar a un oftalmólogo al menos una vez al año, dormir o hacer la siesta con las lentes de contacto y nadar con ellas. Entre los adultos jóvenes y los adultos mayores, los comportamientos de riesgo más frecuentes fueron: reemplazar las lentes a intervalos más largos que los prescritos, sustituir la caja de almacenamiento de lentes a intervalos más largos de lo recomendado, nadar con ellas, y dormir o hacer la siesta con las lentes de contacto. Los adolescentes fueron significativamente menos propensos a reportar la sustitución de lentes a intervalos más largos de lo prescrito y de sustituir el almacenamiento de lentes a intervalos más largos de lo recomendado.

Aunque tanto los adultos como los adolescentes informaron que habitualmente compraban sus lentes de contacto a través de su proveedor óptico de confianza, tanto los adultos jóvenes como los adultos mayores fueron más propensos que los adolescentes a comprarlas a través de Internet. Un mayor porcentaje de adultos jóvenes (14,6%; 1,1 millones) y adultos mayores (11,4%; 3,9 millones) en comparación con los adolescentes (4,2%, 152,000) informaron haber experimentado un ojo rojo o doloroso que requirió una visita de atención oftalmológica.

**Discusión.** *¿Cuáles son las implicaciones para la práctica de la salud pública?* Aunque los usuarios adolescentes de lentes de contacto presentan algunos hábitos de higiene relacionados con el uso de lentes de contacto más saludables que sus homólogos adultos, hay margen para mejorar y para prevenir resultados potencialmente graves, como es la ceguera. Los esfuerzos de prevención deben centrarse en fomentar a los usuarios de lentes de contacto que reemplacen su caja de almacenamiento con regularidad y evitar dormir o hacer la siesta con las lentes de contacto.

---

## Los 6 consejos dietéticos que los pacientes necesitan escuchar de los profesionales clínicos

### *The 6 Dietary Tips Patients Need to Hear From Their Clinicians*

**Naveed S, Renee S.**

*Medscape* – 29/06/2017. Acceso 06/09/2017:

<http://www.medscape.com/viewarticle/882156>

1. *Elija alimentos con una gran variedad de colores y texturas, en su estado más natural.* La mitad de las muertes cardiometabólicas (enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular y diabetes tipo 2) en los Estados Unidos se asociaron con una ingesta subóptima de verduras, frutas, nueces y semillas, así como de ácidos grasos omega-3.
2. *Evite o minimice al máximo los alimentos procesados.* Muchos nutricionistas y clínicos están preocupados por los niveles de glucosa en sangre, la obesidad, la diabetes y otras implicaciones para la salud, y creen que el azúcar es el “nuevo tabaco”. Al mismo tiempo, estudios recientes demuestran que los edulcorantes artificiales y la soda dietética pueden no ser protectores, e incluso pueden ser nocivos. El sodio es otra preocupación a largo plazo, y su presencia en los alimentos procesados es frecuente.
3. *Elija dietas realistas y equilibradas para la pérdida de peso y su mantenimiento.* La mejor dieta es la que los pacientes consiguen seguir. Muchas dietas han demostrado ser eficaces para la pérdida de peso y el mantenimiento del peso. Cuando la dieta falla es porque son demasiado restrictivas, están desequilibradas o causan una pérdida de peso demasiado rápida lo que conduce a la dieta yo-yo. Los clínicos recomiendan la dieta mediterránea. Dietas con las siguientes características promueven la pérdida de peso y su mantenimiento: mayor consumo de vegetales y frutas, consumo de alimentos ricos en fibra, consumo de alimentos integrales, mayor consumo de agua, disminución del consumo de azúcar dietética (por ej., bebidas azucaradas), ingesta suficiente de proteínas, e ingesta suficiente de grasas saludables.
4. *Consumir aceites saludables para la salud del corazón: pescado, oliva, aguacate.* Los aceites de pescado pueden prevenir nuevas enfermedades cardiovasculares en los sujetos con antecedentes de enfermedades cardíacas. La *American Heart Association* recomienda comer pescados ricos en ácidos grasos omega-3. Otras grasas beneficiosas incluyen aceite de oliva, aceite de aguacate, aceite de canola, aceite de nuez, aceite de linaza y aceite de semilla de chía.

5. *Renunciar a la carne roja y vivir más.* Aunque la carne roja es una fuente principal de proteínas y grasas, la investigación muestra que el consumo de carne roja está vinculado a un aumento de los riesgos de cáncer, diabetes y enfermedades cardiovasculares, todos los cuales disminuyen la longevidad.

6. *Consumir alimentos fermentados/probióticos y fibra para la salud gastrointestinal y para la salud en general.* Los probióticos contienen microorganismos que confieren beneficios gastrointestinales. Se encuentran comúnmente en yogur, kéfir y alimentos y bebidas fermentados sin pasteurizar. También se pueden tomar en forma de suplemento. Para prosperar, los probióticos requieren prebióticos como alimento, que se puede encontrar en la fibra.

---

## Explicar la verdad en el contexto de diferencias culturales ante una enfermedad pediátrica incurable. Revisión

*Truth Telling in the Setting of Cultural Differences and Incurable Pediatric Illness. Review*

**Rosenberg AR, Starks H, Unguru Y, et al.**

*JAMA Pediatr.* Publicado online 5/09/2017. doi:10.1001/jamapediatrics.2017.2568

**Importancia.** Capear las solicitudes de los padres o cuidadores familiares para no revelar un mal pronóstico a los niños gravemente enfermos puede ser un reto, especialmente cuando las solicitudes parecen culturalmente mediadas. Los clínicos pediátricos deben equilibrar las obligaciones de respetar la autonomía individual de los pacientes, la verdad profesional y la tolerancia de los valores multiculturales.

**Observaciones.** Para proporcionar sugerencias de respuestas respetuosas y éticamente apropiadas a las solicitudes de los padres de no mencionar el pronóstico, se utiliza un caso hipotético de un paciente adolescente de Oriente Medio con cáncer incurable y se realiza un análisis ético que incorpora evidencia de la literatura médica occidental y del Oriente Medio, y teorías sobre el relativismo cultural y la justicia. Mientras que la literatura médica occidental tiende a dar prioridad a la autonomía del paciente y la correspondiente narración de la verdad, el peso de la evidencia del Medio Oriente sugiere una alta variabilidad entre y dentro de cada país. Una razón común para la no divulgación en ambas poblaciones es proteger al niño de información angustiosa. El relativismo cultural fomenta la tolerancia de creencias y comportamientos diversos al prohibir el juicio sobre los códigos de conducta de la sociedad extranjera. No justifica las suposiciones de que todos los individuos dentro de una misma cultura comparten los mismos valores, ni exige que los clínicos sacrifiquen sus propios códigos de conducta por respeto cultural. Se sugiere algunas frases que pueden ayudar a los médicos a explorar las motivaciones detrás de las peticiones de no revelación y confrontar suavemente los conflictos para servir al mejor interés del paciente.

**Conclusiones y relevancia.** A veces es éticamente aceptable diferir la divulgación de información médica para respetar los valores de la familia, pero ese aplazamiento no es exclusivo de las diferencias culturales. El establecimiento temprano de las expectativas y los límites, así como la exploración continua de las preocupaciones de la familia y de los profesionales de la salud, pueden mitigar los conflictos.