

# News

Pediatría  
& inmigración



ESPECIAL  
África  
Subsahariana

**Salud:** Hipersensibilidad respiratoria en niños • **Entrevistamos a:** Ingrid Kircherk, asesora en Asuntos Humanitarios de Médicos Sin Fronteras • **Realidades:** Subsaharianos, el “sur” de África • **Gastronomía:** La nutrición de los más desnutridos • **Y ADEMÁS:** Adopción y actualidad, Sistema esquelético, Medicina transcultural, 59 Congreso pediatría de la AEP, Noticias médicas y Humor.

## Editorial

**E**l aumento de inmigrantes procedentes del África Subsahariana enfrenta a nuestros pediatras con un grave problema: la mutilación genital femenina (MGF). En apenas tres años se ha disparado de manera espectacular el número de niñas menores de 14 años que corren el peligro de sufrir una mutilación genital, pues pertenecen a familias de países como Gambia, donde esta práctica es más que habitual, obligada.

El 80% de la población gambiana que se ha asentado en España, reside en Catalunya, sobre todo en municipios del Maresme, la Selva y Baix Empordà, que son, pues, las zonas de mayor riesgo. Los motivos aducidos por quienes la practican son numerosos, y es el primero el culto a la tradición, sea social, ya que se la considera como la gran panacea para preservar el honor familiar, sea religiosa, con su defensa a ultranza de la virginidad y el rechazo a la promiscuidad; pero también se plantean cuestiones como el mayor placer sexual del marido, el aumento de la fertilidad, unas mayores posibilidades de matrimonio, e incluso razones estéticas.

La investigación llevada a cabo por el grupo GIPE/ PTP (Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales), que lidera la Dra. Adriana Kaplan, ha elaborado un mapa de la mutilación genital femenina en España para que pediatras, ginecólogos, educadores y asistentes sociales tengan los mayores conocimientos posibles a la hora de atender a estas niñas y sus familias, pues en cada uno de esos países se utilizan procedimientos muy diferentes para extirpar parcial o totalmente los genitales femeninos externos.



- No todo es ablación, como la llamamos aquí -explica la Dra. Kaplan-. Y es importante saber las diferencias, porque presentan diferentes secuelas en la salud y, sobre todo, porque para estas familias no es un problema de salud, sino algo bueno y necesario que han practicado siempre en su comunidad.

En cualquier caso, es importante tener en cuenta que, en nuestro país, la ablación genital en niñas o jóvenes es un acto tipificado como delito, sea por lesiones, o por atentar contra la libertad sexual. Por tanto, el personal sanitario (facultativo y no facultativo), como funcionario público que es, en cuanto llegue a su conocimiento que se ha realizado esta práctica, está obligado a denunciarla, poniendo los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal, del Juez de Instrucción o de la policía. Esta obligatoriedad legal se fundamenta en el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, Ley 10/1992 de 30 de Abril.

Silvia Alabart // New Advice

## News

- 2** Editorial
- 3** Medicina transcultural  
Medicina tradicional africana
- 4-5** Salud  
Hipersensibilidad respiratoria en niños
- 6** Dibujo anatómico  
Sistema esquelético (2ª parte)
- 7** 59 Congreso de la AEP  
Médicos y enfermeras pediátricos suman sus fuerzas
- 8-9** Adopción y actualidad  
La adopción nacional, una opción en auge
- 10** Gastronomía  
La nutrición de los más desnutridos
- 11** Entrevistamos a...  
Ingrid Kircherk
- 12-13** Encuentros  
Dr. Diego Yeste, miembro de la Unidad de Endocrinología Pediátrica del Hospital materno-infantil Vall d'Hebron de Barcelona.
- 14-15** Medicina del deporte y pediatría  
El deporte en niños y adolescentes
- 16-17** Realidades  
Subsaharianos, el "sur" de África
- 18-19** Noticias médicas  
Humor



### TRIBUNA DE OPINIÓN

A modo de tribuna de opinión, nuestros lectores podrán publicar el relato de sus propias experiencias en el trato diario con la población inmigrante.

Podréis hacernos llegar estos relatos, así como cualquier duda o comentario acerca de Medicina y Pediatría, a la siguiente dirección: [salabart@newadvice.es](mailto:salabart@newadvice.es)

## NēWs

**Pediatría e inmigración.** Una publicación de New Advice S.L.

**Edita:** New Advice S.L. **Dirección:** Silvia Alabart **Comité científico:** Albert Pantaleoni, Olivia Estrada

**Redacción:** Aurora Campmany **Dirección artística:** Joan Sánchez **Diseño:** Clara Forradellas, Henar Fábregas **Ilustración:** Esteban Gómez **Fotografía:** Disenius y agencias

**Redacción y administración:** Diputació 300, entresuelo 2º, 08009 Barcelona. Tel.: 93 317 90 11

© New Advice

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos, aun citando la procedencia, sin la autorización del editor.



# Medicina tradicional africana

**P**ara ser civilizados y completos, debemos aceptar la educación científica, y nuestra herencia tradicional, cada una en su propio lugar. El descuido de ambos es desastroso. La ciencia sin tradición puede producir técnicos pero no hombres cultos; la tradición sin ciencia puede cultivar hombres educados, pero no racionales." Cyrus Gordon (1968)

La OMS define la medicina tradicional como "La combinación de conocimientos y prácticas, sean o no explicables, usadas en el diagnóstico, prevención o tratamiento de enfermedades físicas, mentales o sociales; los cuales pueden estar basados en experiencias pasadas y observaciones transmitidas de generación en generación verbalmente o a través de escritos".<sup>1</sup>

Quienes la practican definen la vida como la unión del cuerpo, los sentidos, la mente y las almas, y describen la salud positivamente como la conjunción del bienestar físico, mental, social, moral y espiritual.<sup>2</sup>

**En contraste con la medicina occidental, la cual está basada en el modelo biomédico, la medicina tradicional africana toma un enfoque holístico: enfermedad, buena salud, éxito o fracaso, son entendidos como el producto de los actos de individuos y espíritus ancestrales** de acuerdo con el balance o desbalance entre el ambiente social e individual. Los practicantes de la medicina tradicional africana buscan brindar una conexión de la persona con la sociedad y sus ancestros.<sup>3</sup>

La teoría general africana sobre la enfermedad suele incluir la teología africana. En otras palabras, la teoría intenta no sólo explicar la enfermedad sino la relación entre la enfermedad y las fuerzas espirituales. La segunda razón, relacionada con la anterior, es que los sanadores tradicionales suelen ser líderes religiosos y viceversa.

Las sociedades tradicionales, como la Africana Subsahariana, han siempre considerado a quienes proveen la medicina tradicional como influyentes líderes espirituales que manejan ambas; la rutina y los problemas médicos de la sociedad. Usando la magia y la religión como dos ritos pilares, los médicos tradicionales ayudan a conceptualizar la última realidad de su cultura y todas las actividades que ellos personifican. El concepto de enfermedad ha sido siempre personificado hasta el punto que el



tratamiento de las enfermedad lo efectúan a través de poderes espirituales ocultos o la aplicación de plantas a las que se les ha encontrado poderes curativos o ambos.<sup>2</sup>

Generalmente se pueden identificar **tres tipos de practicantes de la medicina tradicional. Los herbalistas son aquellos que disfrutan de prestigio y reputación de ser los reales practicantes de la medicina tradicional. Los sanadores divinos son aquellos cuya práctica está basada en sus poderes sobrenaturales de diagnóstico.** En ocasiones ellos también administran plantas medicinales que se supone tienen poderes espirituales especiales. **Los médicos brujos por otro lado son los practicantes que tienen la habilidad de interceptar los actos del demonio o de una bruja o exorcizar los espíritus del demonios que poseen a los pacientes.** Aquí nuevamente se pueden usar las plantas con poderes exorcizantes como parte del tratamiento.<sup>2</sup>

Profundizar en este artículo sobre las plantas medicinales usadas en la medicina tradicional Africana sería prácticamente imposible, por dar un solo ejemplo; el Ministerio de Salud de Côte d'Ivoire hizo una encuesta entre los curanderos tradicionales y registró más de dos mil plantas de uso tradicional.<sup>4</sup>

En el caso de **los niños subsaharianos son los padres y familiares cercanos quienes aplican prácticas tradicionales para promover el**

**crecimiento, el desarrollo y la salud, incluso como parte de la crianza, además de usar la medicina tradicional como tratamiento de las enfermedades del niño y muchas veces acuden a los sanadores tradicionales.**<sup>5</sup>

Al atender al paciente subsahariano es necesario tener una actitud abierta sin prejuicios para poder recabar toda información útil con la finalidad de reconstituir la salud de la persona o conservarla, por ello son relevantes las creencias del paciente y las prácticas que utiliza.

Al asistir al niño debemos indagar quienes son sus cuidadores o quien pasa la mayor parte del tiempo con el niño, cuales son las creencias y costumbres de los adultos a cargo, también es importante detectar prácticas realizadas en otros niños de la comunidad, especialmente en los hermanos, porque es probable que se repitan en los más pequeños y es necesario tener una conducta anticipatoria por parte del médico y educador en pro de la salud y el desarrollo del niño.

Y al momento de hacer la devolución al paciente y su familia debemos recordar que los subsaharianos viven la salud como un equilibrio dinámico entre fuerzas internas y externas y cuando aparece un desequilibrio en forma de dolencia o enfermedad se suelen preguntar más el «¿porqué?» que el «¿cómo?». Detrás de nuestra explicación de que «padece una gripe debido a un virus» puede estar su pregunta no formulada de «¿pero porqué ahora y porqué a mí y no a cualquier otra persona?». <sup>6</sup> ●

## Referencias

1. Traditional Medicine, African Health Monitor. WHO. Vol 4 N°1. 2003
2. Traditional Medicine and Health Care Coverage, a reader for health administrators and practitioners. Robert Bannerman, John Burton, Ch'en Wen-Chieh. WHO Geneva. 1983
3. Medical provision in africa - past and present. Kofi Busia. Phytotherapy Research. Vol 19 (11). 2005
4. Medicina tradicional. OMS. 56ª Asamblea Mundial de la Salud A56/18. 2003
5. JM Wojcicki. Traditional behavioural practices, the exchange of saliva and HHV-8 transmission in sub-Saharan African populations. British Journal of Cancer 17;89(10):2016-7. 2003
6. LA Gimeno Feliu. África Subsahariana. Guía de Atención al Inmigrante.2006

**Jordi Serrano Pons**  
Médico de Familia.

Coordinador del Proyecto Universal Doctor Project

# Hipersensibilidad respiratoria en niños

**Dra. Victoria Fumadó**

Pediatra del Hospital de Sant Joan de Déu (Barcelona)

**E**l sistema inmune, normalmente protector, puede en ocasiones causar reacciones en detrimento del huésped, estas reacciones son conocidas como **Reacciones de Hipersensibilidad**, y son clasificadas tradicionalmente por Gell y Coombs en cuatro tipos, encontrándose dentro del **Tipo I** las que involucran la inmunoglobulina E (IgE) que produce la liberación de histamina y otros mediadores, desde mastocitos y basófilos. Un ejemplo son las reacciones de hipersensibilidad inmediata.<sup>1</sup> Sin embargo el término hipersensibilidad inmediata no es la definición precisa, porque no tiene en cuenta la fase tardía de la reacción o la inflamación alérgica crónica que ocurre en estos tipos de reacciones.<sup>2</sup>

**Los pacientes predispuestos a los procesos alérgicos mediados por IgE son llamados atópicos. Atopía es la predisposición genética a producir anticuerpos IgE, como respuesta a la exposición a alérgenos.<sup>3</sup>**

En este artículo nos vamos a limitar a la hipersensibilidad respiratoria en niños, los alérgenos implicados suelen transportarse por el aire, denominándose **aeroalérgenos, y comprenden por lo general polen de plantas, esporas de hongos, aeroalérgenos de insectos (como los ácaros domésticos) y pelos de animales domésticos, como gatos y perros.<sup>4</sup> Las patologías más comunes son: Asma, Rinitis alérgica (Rinitis alérgica perenne y Rinitis alérgica estacional)**



## ASMA

El asma es un síndrome clínico caracterizado por episodios reversibles de obstrucción o disminución del calibre de la vía aérea, incremento de la reactividad bronquial e inflamación de la vía aérea.<sup>5</sup>

Los investigadores de la Iniciativa Global por el Asma (GINA por sus siglas en inglés) han notado un incremento en la prevalencia, morbilidad, mortalidad, con el consecuente incremento en la carga económica en los últimos 40 años, especialmente en niños. Algunos reportes sugieren que la prevalencia del asma se incrementa un 50% cada década.<sup>6</sup>

La prevalencia de la presencia de sibilancias en España es de 9,9% en niños de 6-7 años y del 10,6% para adolescentes de 13-14 años, según el Estudio Internacional de Asma y Alergias en la niñez (ISAAC por sus siglas en Inglés) en fase 3. Existen variaciones geográficas en nuestro país; los síntomas de asma son más frecuentes en los niños y adolescentes que habitan en el frente atlántico de España.<sup>7</sup>

## Características clínicas del asma

- Síntomas
- Obstrucción de la vía aérea
- Inflamación
- Hiperreactividad

Expert Panel Report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. Full Report. US Department of Health and Human Services NIH; 28 de agosto del 2007

## Clasificación clínica del asma

La clasificación del asma se realiza teniendo en cuenta: la frecuencia de episodios de asma diurnos (valora el impacto sobre la vida cotidiana), episodios nocturnos y la función pulmonar (medición objetiva de la obstrucción bronquial).

## Diagnóstico diferencial de asma en la infancia:

- **Trastornos de la vía respiratoria superior**

Rinitis alérgica

Rinitis crónica

Sinusitis

- **Trastornos de la vía respiratoria media**

Laringotaqueomalacia

Laringotraqueobronquitis (p.ej tos ferina)

Disfunción de cuerdas vocales

Aspiración de cuerpo extraño

Bronquitis crónica por exposición a humo de tabaco ambiental

- **Trastornos de la vía respiratoria inferior**

Bronquitis vírica

Reflujo gastroesofágico

Adaptado Richard E. Behrman, Robert M. Kliegman, Hal B. Jenson. Nelson 2004 Tratado de Pediatría

La clasificación del asma debe realizarse cuando el paciente se encuentra estabilizado y en tratamiento. Siempre se clasificará en función del parámetro que resulte más afectado. Nos servirá para ver la evolución del paciente. Para ello, se recomienda una reevaluación con reclasificación del paciente cada 3-6 meses.<sup>8</sup> Se considera muy importante clasificar el asma según su gravedad para prescribir el tratamiento adecuado.<sup>9</sup>

## RINITIS ALÉRGICA

La rinitis y el asma representan la manifestación de un síndrome con un amplio espectro de severidad. La clasificación diagnóstica de rinitis persistente ayuda a predecir la inflamación de la vía aérea y la prevalencia de asma.<sup>10</sup>

La rinitis alérgica está caracterizada por cuatro síntomas cardinales:

- Rinorrea acuosa
- Obstrucción nasal
- Picor nasal
- Estornudos<sup>11</sup>

La rinitis es la más frecuente de las patologías alérgicas en la población pediátrica, afectando a un 25% de esta población en los países desarrollados. En España, para el estudio ISAAC, participaron ocho centros, y en todos se observó una tendencia creciente en síntomas de rinitis alérgica, al comparar las fases I y III del estudio ISAAC (años 1993-1994 y 2001-2002 respectivamente). La prevalencia de síntomas de rinitis alérgica fue mayor en los niños que en las niñas. Se apreciaron amplias variaciones entre centros con elevadas prevalencias en Asturias, Madrid, Cartagena y Bilbao. Las menores prevalencias se produjeron en Barcelona, Castellón y Pamplona, lo que sugiere una diferente magnitud de factores de riesgo a escala local.<sup>12</sup>

La rinitis alérgica puede afectar el aprendizaje del niño como consecuencia de los frecuentes trastornos del sueño y la resultante somnolencia diurna. Un efecto secundario de esto es el ausentismo escolar, el llamado "presentismo" (inatención, distracción, falta de concentración) irritabilidad y falta de descanso, trastornos del humor e incluso problemas sociales y familiares, que pueden luego contribuir a empeorar el rendimiento escolar.

El correcto manejo de la rinitis alérgica puede reducir el impacto de la enfermedad en la salud futura de los niños y adolescentes, evitar las complicaciones, mejorar la calidad de vida y el rendimiento escolar.

El tratamiento de elección para la rinitis alérgica debe incluir antihistamínicos de segunda generación (aunque ninguno de ellos es considerado completamente libre de acción sedante). Las combinaciones con pseudoefedrina no deben ser usadas en pacientes pediátricos, debido a sus efectos centrales y su farmacocinética más impredecible que la del adulto. Los corticoides intranasales pueden mejorar el rendimiento escolar en algunos niños por reducción de la congestión nasal, disturbios del sueño nocturno y

## Tratamiento escalonado recomendado según la gravedad clínica

|                              | Preventivo a largo plazo                                                                                                                                                                                                                                                    | Rescate                                                                       |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| •1 Asma intermitente         | No es necesario                                                                                                                                                                                                                                                             | BD de acción corta y rápida: $\beta_2$ o cromona antes del ejercicio          |
| •2 Asma persistente leve     | Corticoide inhalado diario 200-500 $\mu\text{g}/\text{día}$<br><i>Alternativa: cromoglicato, nedocromil, teofilina de liberación retardada, antileucotrienos</i>                                                                                                            | BD de acción corta y rápida: $\beta_2$ (sin superar 3-4 administraciones/día) |
| •3 Asma persistente moderada | Corticoide inhalado diario > 500 $\mu\text{g}/\text{día}$ y BD de acción prolongada ( $\beta_2$ de acción prolongada) <i>Alternativa: teofilina de acción prolongada, agonista oral o antileucotrienos</i>                                                                  | BD de acción corta y rápida: $\beta_2$ (sin superar 3-4 administraciones/día) |
| •4 Asma persistente grave    | Corticoide inhalado diario 800-2.000 $\mu\text{g}/\text{día}$ y BD de acción prolongada ( $\beta_2$ de acción prolongada) y corticoide oral<br><i>Alternativa: añadir teofilinas de acción retardada, b agonistas de acción prolongada en forma oral o antileucotrienos</i> | BD de acción corta y rápida: $\beta_2$                                        |

Referencias: BD Broncodilatador,  $\beta_2$ : Beta 2 Agonista Inhalado. Adaptado de Iniciativa Global por el Asma. Criterios de tratamiento del asma para adultos y niños mayores de 5 años. GINA 2002

somnolencia diurna. Otras terapias (cromonas, agentes anticolinérgicos, antileucotrienos, inmunoterapia) no han sido tan bien estudiadas como las anteriores, sin embargo por extrapolación de sus resultados en relación a las funciones cognitivas se sugiere que no tienen efectos significativos en el rendimiento escolar.<sup>13</sup>

## Referencias

- 1 Adaptado de Philip Gell, Robert Coombs, eds. Clinical Aspects of Immunology. Oxford, England: Blackwell; 1963
- 2 Miriam Anand, John Routes. Hypersensitivity Reactions, Immediate. eMedicine Journal; 21 de abril del 2010
- 3 SR Nimmagadda, R Evans. Allergy: etiology and epidemiology. 20 (4):111-5 Pediatr Rev.; 1999
- 4 Richard Albert. Tratado de Neumología (Comprehensive Respiratory Medicine), editorial Harcourt; 2001
- 5 William Kelly III, John Oppenheimer, Gregory Argyros. Allergic and Environmental Asthma. eMedicine Journal; 11 de Marzo del 2010
- 6 SS Braman. The global burden of asthma. 130(1 Suppl): 4S-12S Chest; 2006
- 7 I Carvajal Urueña, L García-Marcos, R Busquets-Monge, M Morales Suárez-Varela, N García de Andoin, J Batlles Garrido, A Blanco Quirós, A López Silvarrey, G García Hernández, F Guillén Grima, C González Díaz, J Bellido Blasco Variaciones geográficas en la prevalencia de síntomas de asma en los niños y adolescentes españoles. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) fase III España. 41(12):659-

- 66 Archivos de Bronconeumología; 2005
- 8 M. Seguí Díaz, L. Linares Pou y A. Ausín Olivera. El asma bronquial desde el médico de familia (II). 31(1):21-30 SEMERGEN; 2005
- 9 Xavier Flor, Isabel Álvarez, Eva Martín, Xavier Castan, Josep Maria Vigatà, Montserrat Rodríguez, Francesc Orfila, Eladi Fernández. Tratamiento del asma en atención primaria: ¿lo hacemos según el consenso internacional (GINA 2002)? 38:19-24 Atención Primaria; 2006
- 10 Giovanni Rolla, Giuseppe Guida, Enrico Heffler, Luliana Badiu, Luisa Bommarito, Antonella De Stefani, Antonio Usai, Domenico Cosseddu, Franco Nebiolo, Caterina Bucca. Diagnostic Classification of Persistent Rhinitis and Its Relationship to Exhaled Nitric Oxide and Asthma. 131:1345-1352 Chest. 2007
- 11 J Bousquet, P Van Cauwenberge, N Khaltaev. Allergic rhinitis and its impact on asthma. 108:S147-S334 J Allergy Clin Immunol; 2001
- 12 A Arnedo Pena, L García Marcos, G García Hernández, I Aguinagua Ontoso, C González Díaz, M Morales Suárez-Varela, B Domínguez Aurrecoechea, R Busquets Monge, A Blanco Quiros, J Batlles Garrido, I Miner Kanflanka, A López-Silvarrey Varela. Tendencia temporal y variaciones geográficas de la prevalencia de síntomas de rinitis alérgica en escolares de 6-7 años de ocho áreas españolas, según el ISAAC 62(3):229-36 Anales de Pediatría; 2005
- 13 I Jáuregui, J Molló, I Dávila, M Ferrer, J Bartra, A del Cuvillo, J Montoro, J Sastre, A Valero. Allergic rhinitis and School Performance. Vol. 19, Suppl. 1: 32-39J Invest Allergol Clin Immunol; 2009



## Sistema esquelético (segunda parte)

### Español

Inglés  
Francés  
Alemán  
Rumano  
Polaco  
Árabe  
Mandarín (China)  
Urdu (Pakistán)

### Húmero

Humerus  
Humérus  
Oberarmknochen  
humerusul  
kość ramieniowa  
عظم العضد  
肱骨  
عَضُد

### Radio

Radius  
Radius  
Speiche  
radiusul  
kość promieniowa  
عظمتي الزند  
听力  
ساعد استخوان

### Cúbito

Ulna  
Cubitus  
Elle  
cubitusul  
kość łokciowa  
عظمتي الزند  
尺骨  
زند اسفل

### Carpo

Carpus  
Carpe  
Handwurzel  
carpul  
przegub  
الرسغ  
腕关节  
بند دست

### Metacarpo

Metacarpus  
Métacarpe  
Mittelhand  
metacarpul  
śródręcze  
مَشَط اليد  
手掌  
مُشَطِ دَسْت

### Omo plato

Shoulder blade  
Omo plate  
Schulterblatt  
Omoplatul  
Łopátka  
لوح الكتف  
肩胛骨  
کَتَفی ہڈی

### Columna vertebral

Vertebral column  
Colonne vertébrale  
Wirbelsäule  
coloana vertebral  
kręgosłup  
العمود الفقري  
脊柱  
ریڑھ کی ہڈی

### Sacro

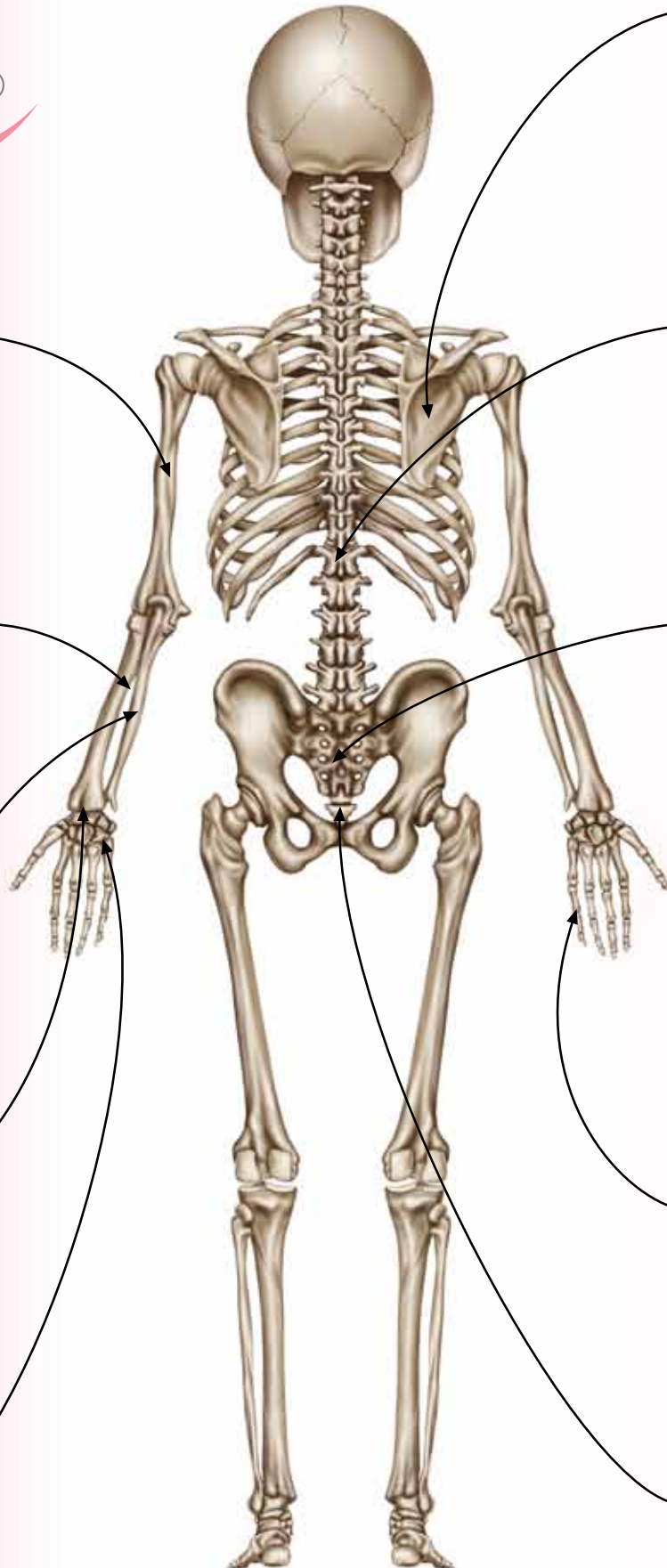
Sacrum  
Sacrum  
Kreuzbein  
sacrumul  
kość krzyżowo – biodrowa  
العجز  
骶骨  
مقعد کی ہڈی

### Falanges

Phalanges  
Phalanges  
Fingerknochen  
falangele  
człon / palca  
السلاميات  
指骨  
سلميه

### Cóccix

Coccyx  
Coccyx  
Steißbein  
coccisul  
kość ogonowa  
العصعص  
尾骨  
دُمچی کی ہڈی



# Médicos y enfermeras pediátricos suman sus fuerzas

La Asociación Española de Pediatría (AEP) escogió la localidad de Maspalomas, en la isla de Gran Canaria, como sede de la 59ª edición de su congreso anual, que se celebró entre el 3 y el 5 de junio pasados.

**C**ompartieron sede, fechas y organización la XX Jornada Nacional y el X Congreso Nacional de Enfermería de la Infancia, así como la XVIII Reunión Anual de la Sociedad de Genética Clínica y Dismorfología de la AEP y la IV Reunión Anual de la SEEIM (Sociedad Española de Errores Innatos del Metabolismo).

La presentación oficial del encuentro corrió a cargo de Carmen Isabel Gómez García, Presidenta de la Asociación Española de Enfermería de la Infancia y Catedrática de Enfermería Infantil, entidad que la AEP invitó, como ya es habitual, a participar en las jornadas. En su parlamento, la Presidenta hizo especial hincapié en la necesidad de unificar criterios, objetivos y proyectos, aunando fuerzas entre médicos y enfermeras pediátricos con el objetivo de mejorar la salud de la infancia a través de los tratamientos adecuados y cuidados de calidad. En cuanto a los contenidos del congreso, C. I. Gómez García admitió que respondían a la actualidad de los intereses de su profesión, tanto en cuanto a la formación pre y posgrado, como a las situaciones derivadas de la función asistencial, la gestión, la evaluación, los cuidados transculturales –una problemática responsable del origen de esta publicación–, así como aspectos relacionados con las nuevas tecnologías, la reanimación, la alimentación o la comunicación eficaz con el paciente.



El programa común abordó temas tan dispares como la oncología pediátrica, la neurología, los trastornos del sueño en la infancia, las urgencias, las alergias, el trato de los menores en urgencias o las enfermedades pediátricas emergentes. Los temas de interés intrínseco de la profesión también tuvieron espacio en el completísimo programa; en este ámbito se trataron los cambios que implicará la inclusión de la enseñanza de la medicina en el espacio europeo universitario común, los aspectos históricos de la pediatría en España, la relación entre la especialidad y los medios de comunicación en el siglo XXI, o la valoración de las habilidades adquiridas durante la enseñanza Mir.

## Mejorar la comunicación con el paciente pediátrico

Entre la multitud de conferencias, mesas redondas, cursos y talleres que ocuparon los tres días de duración de este encuentro profesional cabe destacar, por su interés de acuerdo con la problemática que ocupa a nuestra publicación, el taller práctico que el viernes 4 dirigió Pedro Javier Rodríguez Hernández, del Hospital

Universitario Nuestra Señora de Candelaria, en Santa Cruz de Tenerife. Bajo el título Estrategias Eficientes de Comunicación Médico-Paciente en Pediatría, la sesión se dirigió a pediatras de atención primaria y extrahospitalaria. Su objetivo fue dotar a los asistentes de la capacidad de utilizar estrategias eficientes de comunicación en la práctica pediátrica diaria. Con esta intención, el taller se organizó en función de dos objetivos específicos: identificar los problemas de comunicación que pueden surgir en el desarrollo profesional de la actividad clínica, y establecer las mejores estrategias de comunicación en situaciones clínicas concretas.

La intención del Dr. Pedro Javier Rodríguez fue que, a la conclusión del taller, los asistentes fueran capaces de determinar las principales dificultades en la comunicación con pacientes y familiares, y predecir los problemas de comunicación más frecuentes, sus causas y la importancia de la interacción del estado emocional del pediatra y de la familia. Por otro lado, el Dr. Rodríguez pretendió que sus oyentes fueran capaces de planificar cualquier tipo de entrevista con el paciente, incluidos en aquellos casos de familia conflictiva, comunicación de malas noticias....También aprovechó la ocasión para ponerles al corriente de las técnicas sociológicas que pueden serles de utilidad a la hora de ser eficientes y claros en la comunicación de cualquier tipo de novedades a cualquier tipo de paciente. ●

## Pediatría & Inmigración

- La complejidad que ha supuesto para la práctica de la medicina pediátrica la llegada masiva de menores de otras culturas a nuestro país, fruto de la inmigración, nacidos en España pero hijos de padres recién llegados, o adoptados por familias españolas, se reflejó en un buen porcentaje de ponencias, casos, talleres y mesas dedicados a dicha problemática.
- Entre los temas que fueron objeto de interés destacaron: las infecciones bacterianas, la nutrición de los menores, las enfermedades pediátricas emergentes, o la estrategia de la OMS (Organización Mundial de la Salud) para prestar atención especial a las enfermedades de la infancia de los países en vías de desarrollo.
- Para más información, visite el sitio web del congreso <http://www.congresoaeop.org>





# La adopción nacional, una opción en auge

**“La crisis económica y las cada vez más duras exigencias de los países que durante los últimos han concentrado buena parte de la adopción internacional” han comportado un incremento de la demanda de niños en adopción de origen español. Esta realidad ha puesto de manifiesto la necesidad de fomentar el acogimiento, ligado a menudo en nuestro país a la adopción final del menor desamparado.**

**Aurora Campmany**  
Periodista

**E**l arranque de la negativa situación económica que vive nuestro país y los mayores requisitos exigidos por los países de origen supuso que ya en 2007 la adopción de niños extranjeros por ciudadanos españoles disminuyera en un 18,4%. En ese año, en los dos principales países de origen de los pequeños, China y Rusia, las adopciones disminuyeron casi en un 40% en el primer caso, y en un 25% en los menores procedentes de la Federación Rusa. A la debacle China contribuyó la prohibición por parte del país de origen de las adopciones monoparentales, cuando un 15% de las familias españolas que tramitaron adopciones en 2007 contaban con un único miembro. También influyó la nueva política interna del país asiático que promueve la adopción nacional y el acogimiento de los menores, además de la exigencia de una renta y un nivel de estudios determinados a los extranjeros que quieren optar a la adopción de un menor chino. Asimismo, los países que conforman la Federación Rusa han endurecido los requisitos de acreditación de las agencias colaboradoras que intermedian en las adopciones



conformado un panorama abonado para el incremento de las adopciones nacionales.

## Trabajando en pro de una nueva legislación

Esta realidad se ha mencionado, como no podía ser de otro modo, en el seno de la comisión especial del Senado que, a propuesta del PSOE, estudia las bases de la futura Ley de Adopción. La comisión, que se creó en septiembre de 2008, empezó a trabajar en marzo de 2009 con la comparecencia de Amparo Marzal Martínez, entonces Directora General de Familias e Infancia. Pueden servirse los trabajos de esta comisión consultando el enlace [http://www.senado.es/legis9/comisiones/index\\_S014001.html](http://www.senado.es/legis9/comisiones/index_S014001.html).

internacionales en su territorio con el fin de aumentar las garantías del proceso.

Todo ello, sumado a que en algunas comunidades autónomas, la tramitación de la adopción de menores con ciudadanía española es gratuita, un dato que pesa muy a su favor en momentos de difícil situación económica, ha

En su intervención en la cámara alta en el marco de esta comisión Silvia Casellas, Directora General del Instituto Catalán del Acogida y la Adopción, confirmó —a título de ejemplo— que las acogidas de menores y las adopciones nacionales aumentaron durante el año 2008 y el primer semestre de 2009 en Cataluña, mientras que las internacionales se ralentizaron.





## Cataluña aprueba una nueva legislación

Con la intención de agilizar las adopciones nacionales y fomentar la acogida profesional, además de promover la protección de los menores maltratados, el Parlamento de Cataluña aprobó el pasado 12 de mayo por unanimidad una nueva ley de la infancia y la adolescencia.

En relación a la adopción nacional la nueva legislación, fruto de un amplísimo acuerdo de las fuerzas políticas representadas en la cámara catalana, limita a dos meses el tiempo máximo para que los padres biológicos del niño puedan oponerse a la resolución de acogida preadoptiva, con el objetivo de agilizar los trámites, que hasta ahora se alargaban hasta tres y cuatro años. Destaca que el tiempo máximo entre la constitución del acogimiento preadoptivo y la adopción será de un año y medio para evitar dilaciones y "porque la vida de un niño tiene parámetros diferentes a los de un adulto y no puede esperar tres años para disponer de un entorno estable", según declaraciones de la Consejera de Acción Social, Carme Capdevila.

Otra de las novedades importantes de esta ley es la posibilidad de actuar sobre una familia cuando haya algún menor en riesgo sin necesidad de desamparar al menor. La ley también prevé nuevas modalidades de acogida, como el acogimiento familiar permanente o el acogimiento profesional, que pretende reducir el número de niños internados en centros de menores.



Para 2009 preveía un incremento de la demanda interna de casi un cuarenta por ciento con respecto al año anterior.

Los representantes en el Senado no esconden su voluntad de aprovechar esta nueva ley para establecer medidas que fomenten la acogida temporal de menores, una opción preferible a la de los centros de acogida, actualmente saturados. En referencia a esta problemática, la representante catalana hizo hincapié en la necesidad de fomentar los procesos de acogida, promocionándolos mediante campañas de información, más fórmulas de apoyo para las familias y nuevas medidas de acogida para menores con necesidades especiales y grupos de hermanos.

### La acogida, situación transitoria o proceso preadoptivo

El acogimiento es la integración de un menor que no puede ser atendido adecuadamente por su familia, en otro núcleo familiar que se compromete a cuidarlo y educarlo. Los objetivos son:

- Integrar al menor en una familia que le facilite un desarrollo integral de su personalidad y que favorezca vínculos estables con su familia biológica.
- Ayudar a la familia biológica a resolver las dificultades que hayan motivado la separación.

Atendiendo a su finalidad distinguimos varios tipos de acogimiento:

- a) *Acogimiento familiar simple*: tiene carácter transitorio, bien porque la situación del niño/a prevea su reinserción en su propia familia, bien porque su finalidad sea garantizar su atención hasta que se acuerde otra medida de protección más estable.
- b) *Acogimiento familiar permanente*: cuando la edad u otras circunstancias del niño/a y su familia así lo aconsejen y así lo informen los servicios de atención al menor. En tal supuesto la entidad pública podrá solicitar del juez que atribuya a las personas acogedoras facultades de la tutela que faciliten el desempeño de sus responsabilidades, atendiendo, en todo caso, al interés superior del niño/a.

- c) *Acogimiento familiar preadoptivo*: se da cuando se encuentre el niño/a en situación jurídica adecuada para su adopción, y la entidad pública considere necesario, por las circunstancias, un período previo de acogimiento.

La diferencia entre el acogimiento familiar y la adopción radica en que el acogimiento es un recurso de apoyo temporal o indefinido en situaciones en las que la convivencia con la familia biológica no es posible, por tanto, se trata de asegurar el desarrollo del niño/a en un entorno familiar alternativo manteniéndose la relación con la familia biológica. Finaliza cuando ese apoyo temporal deja de ser necesario, previa decisión de la autoridad competente (IMMF o juzgado). La adopción es un recurso orientado a proporcionar una familia a niños/as que carecen de ellos o que, aún teniéndolos, no podrán volver a vivir con ellos. Por tanto, una medida definitiva e irrevocable, creándose una relación de filiación exactamente igual que la de un hijo/a biológico, que genera los mismos derechos y obligaciones, cesando todo vínculo y relación con la familia biológica. (Fuente: [www.familias-acogida.es](http://www.familias-acogida.es)).●

# La nutrición de los más desnutridos

**Asegura la FAO que en 27 de los países que conforman el África subsahariana la desnutrición mata. El hambre acaba en estos lugares con más gente de la que muere sumando los fallecidos por malaria, tuberculosis y sida. Hablar de gastronomía de la zona sería una paradoja, y toda una hipocresía sin hacer antes mención a las claves de un grito de socorro que lanza el continente negro ¡África se muere de hambre!**

**L**a falta de agua y alimentos está acabando con buena parte de la población del África subsahariana y reduciendo terriblemente el potencial de los que logran sobrevivir. Las sequías que avanzan la desertización, los conflictos sociales, la profusión de guerrillas armadas, las reglas comerciales injustas... vienen diezmando año tras año la producción alimentaria del continente, debilitando a su población y recortando sus expectativas vitales.

Según el informe "Las causas del hambre: una perspectiva de la crisis alimentaria en África" de Oxfam Internacional una de cada tres personas en África Subsahariana padece desnutrición, y en algunos países hasta más del 80% de la población vive de la ayuda humanitaria. Esta situación se ha venido agravando desde 1990, a pesar del esfuerzo de numerosas ONGs que destinan cada vez más partidas al desarrollo de la zona. Y es que los numerosos conflictos armados de la región impiden la actividad económica y destruyen la infraestructura rural impidiendo el cultivo de los campos, lo que sumado a la incidencia del sida y las terribles consecuencias del cambio climático empeoran día a día la situación del continente. Tan sólo una fuerte voluntad política del resto del mundo puede si no solucionar, atajar y rebajar los efectos de tamaña crisis alimentaria.

## La despensa subsahariana

En general la cocina subsahariana es monótona; se trata de una cocina de supervivencia basada en los alimentos propios de cada zona ya que la escasa actividad económica impide el comercio y la posibilidad de obtener productos diversos. Carne de oveja, cabra, dromedario y pollo en las

## Las causas de la hambruna africana

- El abandono y la desertización han debilitado la tierra –en Eritrea y Etiopía es posible que la tierra nunca más pueda dar una buena cosecha–.
- Ha aumentado la población.
- Falta absoluta de inversión en las áreas rurales, sin influencia política.
- Corrupción y nepotismo de las autoridades.
- Inestabilidad política y conflictos armados.
- El Sida –se calcula que en el sur de África más del 30% de los adultos son portadores del virus–.



zonas interiores y pescado y marisco en las costas son las bases de un menú compuesto generalmente de un plato único que se acompaña de arroz, mijo o cualquier otro cereal y se adereza con verduras para lograr una combinación lo más nutritiva posible. Otras carnes que también pueden degustarse en la zona subsahariana son las de tucán, antilope, puercoespin...

En cuanto a los postres, frutos tropicales y dátiles son el dulce por excelencia. El dátil es también la base de un licor muy popular en Mauritania, mientras que en Senegal la bebida más consumida es el bisap, a base de agua y flores de Hibiscus y en Nigeria y los estados del sur se consume vino de palma, aunque el té es por excelencia la más común de las bebidas en el conjunto de los países que conforman el África subsahariana.

Por encima de esta monotonía generalizada destaca la gastronomía de Senegal, un país con la reputación de contar con la mejor cocina de

África. Con el arroz como base, los senegaleses elaboran algunos de los platos más elaborados del continente; destaca el tiéboudienne, arroz con pescado y legumbres.

## Estado nutricional de los más pequeños

Si bien es cierto que hablar de estadísticas en el África subsahariana es arriesgado, dado la dificultad de la toma de datos, la información recopilada en algunos países nos puede dar una idea de las debilidades de su alimentación. A título de ejemplo, apuntar que en 1995 más de un 40% de los menores de cinco años presentaban graves retrasos del crecimiento a causa de la malnutrición crónica, mientras que en Guinea se situaban la cifra se situaba en torno al 30%. Además, en ambos países, como en los de su entorno, se constatan frecuentes trastornos debidos tanto a la falta de yodo como de vitamina A más graves en el entorno rural que en el urbano.●

## Datos relativos a la alimentación a tener en cuenta ante la atención médica a menores subsaharianos

1. Suelen evitar en lo posible el contacto con el centro de salud por miedo a la expulsión (en muchos casos son hijos de padres "sin papeles"). Evitan las visitas regulares y su contacto con el centro de salud suele ser, únicamente, a través de los servicios de urgencias. Es importante aprovechar estas ocasiones para hacer un control exhaustivo de los pequeños (alimentación, crecimiento, vacunación...).
2. Prolongan la alimentación materna y es difícil que sigan las pautas de alimentación aconsejables al abandonar la lactancia, por lo que es recomendable asegurarse de que comprenden bien qué y cómo deben comer sus bebés.
3. Suelen presentar problemas de malnutrición y raquitismo por lo que es aconsejable recomendar profilaxis con vitamina D hasta los dos años y una exposición moderada al sol de los bebés.



# Ingrid Kircherk

**“Cada vez estamos viendo grupos de población más vulnerables, como por ejemplo, mujeres y menores no acompañados.”**

**Aurora Campmany**  
Periodista

**A**puntan las estadísticas que entre los inmigrantes subsaharianos predominan los hombres jóvenes, aunque aumenta la presencia de mujeres embarazadas y menores ¿ha detectado MSF un incremento de ambos grupos? De ser así ¿complica eso aun más el problema?

En general, en todas las rutas migratorias está aumentando el número de mujeres y menores no acompañados. En el caso concreto de Marruecos, también estamos viendo esta tendencia. Por ejemplo, en enero del 2007, entre un 2 y un 3% de las personas que MSF atendió en Oudja eran mujeres; en enero de 2009, este porcentaje aumentó hasta el 22%.

*“La mayoría de las expulsiones se realizan durante la noche, aumentando el riesgo de agresiones. MSF ha reportado incluso casos de mujeres embarazadas y niños.”*

**Marruecos es a menudo el último obstáculo en su camino a Europa para muchos subsaharianos ¿Qué encuentran al llegar al país norteafricano?**

Marruecos es un lugar de tránsito y de estancia forzada para inmigrantes del África subsahariana. El refuerzo de los controles fronterizos y otras medidas de seguridad han obligado a los solicitantes de asilo y a los inmigrantes a embarcarse en largas y peligrosas travesías rumbo a Europa con un elevado balance de muertes. Un número cada vez mayor de inmigrantes y solicitantes de asilo se han encontrado bloqueados en Marruecos, sin poder ni regresar a sus países de origen ni seguir su viaje. Debido a sus difíciles condiciones de vida y a su situación irregular, los inmigrantes son presa fácil de redes de trata y tráfico de personas.

**¿Cómo influyen en su situación la crisis económica y el consecuente endurecimiento de la política migratoria de la UE?**

La crisis económica no es una causa directa del endurecimiento de la política migratoria de la Unión Europea. De hecho, la política de la UE, basada en su visión de este fenómeno, se ha centrado desde hace años en el control de fronteras y en medidas restrictivas. La crisis

económica ha acentuado esta tendencia.

En respuesta al aumento de los movimientos migratorios, los gobiernos de la Unión Europea, han desarrollado e implementado una serie de políticas restrictivas que han dificultado cada vez más la entrada legal de personas que huyen de la violencia, la persecución y la extrema pobreza.

**¿Cuál es la posición del gobierno marroquí ante la situación de estas personas?**

Los países de obligado tránsito migratorio, como es el caso de Marruecos, se han visto en la necesidad de adaptarse a las exigencias de las políticas europeas, orientadas desde hace años al endurecimiento del control de las fronteras externas de la Unión Europea. Después de los incidentes de 2005 –cuando al menos 15 inmigrantes resultaron muertos, docenas más heridos y cientos de ellos detenidos al intentar entrar en Ceuta y Melilla– la violencia directa de las fuerzas de seguridad marroquíes contra los inmigrantes subsaharianos ha descendido. Sin embargo, los arrestos y las devoluciones a las fronteras con Argelia y Mauritania siguen. La mayoría de las expulsiones se realizan durante la noche, aumentando el riesgo de agresiones. MSF ha reportado incluso casos de mujeres embarazadas y niños.

Por otra parte, desde un punto de vista sanitario, los inmigrantes tienen acceso a las estructuras de salud y no se enfrentan a barreras administrativas. En la gran mayoría de los casos el personal del hospital o centro de salud les atiende, y tienen las mismas barreras financieras que la población local. Esta situación es el resultado del trabajo de organizaciones como MSF que han trabajado y acompañado a este colectivo cuando ha hecho falta.



Ingrid KIRCHER, asesora en Asuntos Humanitarios de Médicos Sin Fronteras.

**¿Cuál es el papel sobre el terreno de MSF?**

Médicos Sin Fronteras trabaja en Marruecos desde 1999 y específicamente con el colectivo de inmigrantes subsaharianos desde el año 2003, en diversos proyectos de atención sanitaria y mejora de las condiciones de vida. Actualmente, MSF tiene equipos en la ciudad de Oudja, en la frontera con Argelia. Su trabajo consiste en proporcionar asistencia médica curativa y preventiva directa y facilitar el acceso al sistema de salud marroquí.

**En materia sanitaria ¿Cuáles son los problemas más frecuentes que presentan los inmigrantes retenidos en zonas fronterizas (en centros de detención o en tierra de nadie, esperando el momento para dar el salto al continente)?**

El perfil de morbilidad no ha variado significativamente en los últimos años. Durante el 2009, un 14% de consultas realizadas por MSF estuvieron directamente vinculadas a lesiones y traumatismos. Otras patologías que atendieron con frecuencia los equipos de MSF fueron: patologías digestivas, dolores osteomusculares y cefaleas, enfermedades de la piel e infecciones respiratorias. También se encontraron otras enfermedades como asma, infecciones urinarias, hipertensión o diabetes y, desde el pasado año, hemos documentado más casos de violencia sexual, incluso en menores de edad.

Creemos, también, que hay un aumento de los problemas de salud mental y también de la complejidad de los mismos. Un número cada vez mayor de inmigrantes y solicitantes de asilo se han encontrado bloqueados en Marruecos, donde son abandonados a su suerte con un sentimiento de frustración cada vez mayor. Muchas de estas personas se han enfrentado a situaciones particularmente duras durante el todo trayecto migratorio y siguen expuestas a la violencia en Marruecos. Además, cada vez estamos viendo grupos de población más vulnerables, como por ejemplo, mujeres y menores no acompañados. ●

# El raquitismo carencial sigue siendo una causa prevalente de morbilidad en los países en vías de desarrollo

Hablamos con el Dr. Diego Yeste, miembro de la Unidad de Endocrinología Pediátrica del Hospital materno-infantil Vall d'Hebron de Barcelona, acerca del resurgimiento de los casos de raquitismo infantil ligado al importante flujo migratorio de poblaciones procedentes en su mayor parte del área del Magreb, el África subsahariana y la región indopakistani.

Aurora Campmany  
Periodista



Dr. Diego Yeste, miembro de la Unidad de Endocrinología Pediátrica del Hospital materno-infantil Vall d'Hebron de Barcelona.

**Dr.** Yeste, ¿qué es exactamente el raquitismo?

El raquitismo es una enfermedad del esqueleto del niño en crecimiento. Es el resultado de una mineralización defectuosa del tejido óseo con presencia excesiva de matriz ósea o tejido osteoide no mineralizado cuya causa primaria es el déficit de vitamina D y/o calcio. Aunque el defecto de la mineralización ósea afecta a todas las zonas de crecimiento óseo, las principales manifestaciones clínicas guardan relación directa con el grado de afectación y participación de los huesos largos del esqueleto.

*“Los lactantes de menor edad son los que presentan unas manifestaciones clínicas de mayor gravedad siendo asistidos en los hospitales por presentar crisis de tetania y convulsiones hipocalcémicas”*

¿Cómo afecta a los menores que lo padecen? ¿Qué secuelas puede dejar en su organismo?

En un estudio multicéntrico y en el que analizamos las características clínicas y epidemiológicas de 62 lactantes y niños diagnosticados de raquitismo carencial en nuestro medio, observamos que éste incide especialmente en lactantes de edades comprendidas entre los 3 y los 12 meses de vida, de piel negra o oscura y que siguen una dieta escasamente diversificada a partir de los 6 meses de vida y basada fundamentalmente en el consumo de leche materna. Los lactantes de menor edad son los que presentan unas manifestaciones clínicas de mayor gravedad siendo asistidos en los hospitales por presentar crisis de tetania y convulsiones hipocalcémicas, mientras que las defor-

midades óseas y esqueléticas son más evidentes cuando el niño ya ha iniciado la deambulación. Con relación al estado nutricional, los lactantes y niños afectados de raquitismo carencial no presentan estados de malnutrición severos en el momento de ser diagnosticados, habiéndose constatado tan solo una moderada repercusión en el peso y la talla. El raquitismo también puede asociarse a una mayor susceptibilidad a las infecciones, especialmente respiratorias.

¿Podemos decir que esta afección había sido erradicada en España y ha reaparecido?

El raquitismo carencial constituyó una de las patologías más frecuentes durante la infancia hasta principios del siglo XX. Una vez identificada la vitamina D y desarrollados métodos sencillos para suplementar a los alimentos, el raquitismo nutricional prácticamente desapareció en los países industrializados. Sin embargo, el raquitismo carencial sigue siendo una causa prevalente de morbilidad en los países en vías de desarrollo, que en su hábitat natural no parece estar determinado exclusivamente por el déficit de vitamina D, sino también por el consumo de dietas deficitarias en calcio.

En la actualidad, el déficit severo de vitamina D de origen nutricional se considera muy poco frecuente en la mayoría de los países desarrollados, aunque se estima que un porcentaje significativo de la población, tanto infantil como adulta, presenta cierto grado de hipovitaminosis D. En España, el raquitismo carencial en la infancia en la población autóctona es realmente excepcional; sin embargo datos clínicos y epidemiológicos ponen de manifiesto el resurgir de esta enfermedad pero con unas características muy bien definidas.



¿Cómo, dónde y cuándo se han detectado esos nuevos focos?

Actualmente se están produciendo importantes cambios demográficos en nuestro entorno, con un importante flujo migratorio de poblaciones que proceden en su mayor parte del área del Magreb, África subsahariana y de la región Indopakistani. Estas poblaciones en este su nuevo “hábitat” siguen manteniendo muy arraigados sus propios hábitos socioculturales. Siguen utilizando sus indumentarias tradicionales que cubren la mayor parte del cuerpo; mantienen una vida social que transcurre fundamentalmente en el interior de las viviendas y con escasa actividad al aire libre; y siguen fomentando la lactancia materna que suele ser exclusiva y muy prolongada. Este nuevo escenario parece estar determinando el “resurgir” del raquitismo en nuestro medio como así lo avalan numerosas publicaciones que recogen



una amplia casuística de lactantes y niños afectados de raquitismo carencial en estos últimos años tanto en Europa como en nuestro país.

## ¿Son los menores de procedencia africana más proclives a padecerla o es sólo una cuestión de situación económico-social?

Como hemos comentado anteriormente en nuestro medio, el raquitismo carencial incide especialmente en lactantes y niños inmigrantes de raza negra o piel oscura procedentes del área del Africa subsahariana y Marruecos, amamentados, en su mayoría, de forma prolongada sin seguir suplementación alguna con vitamina D y con una escasa exposición solar. El bajo contenido de vitamina D (20-40 UI/ litro) de la leche humana, unido a la escasa exposición solar de estos niños y al potencial estado de hipovitaminosis D de la madre durante la gestación, pudiera haber contribuido a la precocidad y a la gravedad de la sintomatología clínica inicial (crisis de tetania y convulsiones hipocalcémicas) que presentan en el momento de ser diagnosticados de raquitismo carencial.

*“... el raquitismo carencial incide especialmente en lactantes y niños inmigrantes de raza negra o piel oscura procedentes del área del Africa subsahariana y Marruecos”*

## ¿Cómo se trata esta patología una vez detectada?

El tratamiento básico del raquitismo carencial es la vitamina D, pudiendo utilizarse indistintamente la vitamina D2 o D3. Actualmente se prefiere la administración de D3 por vía oral con dosis fraccionadas, a la administración de dosis masivas por vía oral o intramuscular, o al tratamiento con sus derivados activos de síntesis renal (calcitriol, alfacalcidol) de vida media más corta, de mayor coste económico y de manejo más complejo.

## ¿Qué dificultades implica el tratamiento derivadas del entorno de los menores?

La administración de dosis masivas de vitamina D, entre 200.000 y 600.000 UI, en dosis única o repartida en dos o cuatro dosis con intervalos de días a semanas es una alternativa a considerar cuando se sospeche la posibilidad de incumplimiento del tratamiento. ●



## El tratamiento

**S**e estima que para restablecer los depósitos de vitamina D del organismo en los pacientes con raquitismo carencial es precisa la administración de 100.000 UI a los recién nacidos y de 500.000 UI a los niños de más de un año de edad. En base a estos cálculos se han propuesto diversas pautas de tratamiento con dosis fraccionadas. Para los recién nacidos se recomienda la administración de 1000 UI/día, para los lactantes de edad inferior a

un año 3000 UI/día y para los niños de más de 1 año 5000 UI/día durante 3 meses.

El tratamiento con las formas activas de la vitamina D (calcitriol o alfacalcidol) solo está indicado en caso de hipocalcemia grave. En los estados carenciales, se ha comprobado que el aporte de vitamina D asegura el rápido incremento de la tasa circulante del metabolito activo de la vitamina D, el calcitriol y la recuperación progresiva de la calcemia a los 4-5 días. La aparición de los primeros signos de recalificación metaforia acontece entre 2 y 3 semanas, aunque la regresión de las deformidades esqueléticas puede demorarse aún algunos años.

En las formas con desmineralización importante e hipocalcemia moderada, es habitual asociar al tratamiento vitamínico un suplemento de calcio de 500 a 1000 mg de calcio elemento y día, fraccionado en 3-4 tomas durante la fase inicial del tratamiento (1-2 semanas) o hasta la normalización de la calciuria y de la actividad de las fosfatasa alcalinas. Tras esta fase debe asegurarse una dieta equilibrada con un aporte de calcio de 500 a 700 mg/día a través de productos lácteos. Sin este suplemento puede producirse un descenso de la calcemia por la fijación rápida del calcio al hueso por el efecto de la vitamina D suministrada. En caso de hipocalcemia severa, igual o inferior a 8 mg/dL la suplementación de calcio debe ser obligatoria y administrada de forma continua por vía endovenosa a dosis de 1000 mg/m<sup>2</sup>/día.



# El deporte en niños y adolescentes

**La actividad física regular y el entrenamiento deportivo son dos factores básicos para el crecimiento, desarrollo y maduración del niño, a la vez que conducen a una correcta adaptación al esfuerzo. En el niño que practica competición, es necesario seguir un control médico exhaustivo, porque un ejercicio extremo y estresante puede influir en su desarrollo normal.**

**Yolanda Puentes Zamora**

Doctora en Medicina y Cirugía (Universidad de Barcelona), Especialista en Biología y Medicina del Deporte (Universidad de París), Especialista en Medicina del Trabajo, Master en Medicina Evaluadora y Salud Laboral, Diplomaturas: Patología Laboral y en Biomecánica. Atletas Federada.

**E**n general, los ejercicios más indicados serán los que no comprometan su maduración, sobre todo los ejercicios aeróbicos, que aumenten la resistencia, mejoren la fuerza y flexibilidad, y no supongan una sobrecarga osteoarticular. **El ejercicio físico regular y moderado contribuye a que los niños tengan hábitos de vida saludables, fomentando las relaciones interpersonales (deportes de equipo), facilitando el sueño, disminuyendo los problemas de ansiedad psíquica; además, previene enfermedades como obesidad, cardiovascular, osteoporosis, etc.**

La **obesidad infantil** ha aumentado enormemente en las últimas décadas, y es un tema que preocupa mucho a los pediatras, pues genera un aumento de diabetes tipo II, hipercolesterolemia, hipertensión, que a su vez son factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en la madurez. **Para prevenirla existen dos factores básicos: correcta alimentación y ejercicio regular (ya que reduce la grasa corporal, aumentando la masa magra).**

## RECONOCIMIENTO MÉDICO-DEPORTIVO

Es un hecho que el deporte beneficia la salud del niño. Por esta razón, **antes de realizar una actividad física o un deporte, debe someterse a un examen médico deportivo; de éste modo se descartan enfermedades previas y alteraciones que puedan contraindicar la práctica del deporte elegido.** Además, en los reconocimientos se buscará no solamente aquellos que tengan dotes para un deporte, sino los que se beneficiarán de la práctica deportiva, por lo que el médico valorará tanto la motivación como la salud-aptitud del niño, para recomendar una determinada disciplina, **siempre con la colaboración del entrenador y/o profesor de educación física.** En deportes de competición la revisión médica será anual.

## Revisión médico deportiva del niño

- Historia médico-deportiva previa
- Exploración básica: talla, peso, comparándolo con tablas de curvas de crecimiento para observar si está dentro de los parámetros normales o patológicos; se añadirá el concepto de velocidad de crecimiento anual para comparar



con la media de la población.

- Exploración general por aparatos
- ECG basal
- Detección de anomalías del aparato locomotor
- Estudio cineantropométrico
- Estudio del crecimiento y desarrollo
- Estudio nutricional
- Analítica sanguínea
- Prueba de adaptación al esfuerzo

Las **categorías deportivas** se limitan por grupos de edad, en particular la infantil y cadete, basándose en la edad cronológica, pero deberían tenerse en cuenta todos los conceptos básicos de la fisiología del crecimiento y del desarrollo, para evaluar de forma médico-deportiva correcta al niño.

## APTITUD PARA EL DEPORTE Y ELECCIÓN DE LA ESPECIALIDAD DEPORTIVA

Es importante que el médico realice la revisión médico-deportiva en el niño, para de este modo prevenir lesiones. Y en los que presenten patología previa, buscar el método que mejor se adapte a la misma.

En el caso de **retraso del crecimiento**, si es genético y el nivel de maduración ósea es normal, no estará contraindicado el deporte, si por el contrario existe un retraso en la maduración ósea, se tendrá en cuenta con el entrenador a la hora de pasar al niño de categoría.

- **Delgadez-obesidad:** en niños delgados constitucionalmente y sanos, no se contraindica la

práctica del deporte, pero en niños con problemas de tipo anorexia, bulimia o delgadez excesiva, esperaremos a que recupere el peso antes de empezar a realizarlo. Los niños obesos pueden practicar deportes, aunque se avisará que esta práctica no adelgaza, perderán peso con una dieta equilibrada adaptada por el especialista.

- **Crecimiento óseo:** los cartílagos de conjugación y las epífisis de los huesos largos son las zonas más vulnerables del sistema óseo en niños. Por lo que, antes de los 15 años, se valorará la aptitud, se aconsejará realizar con moderación los deportes de impacto articular, y se contraindicará el deporte en niños con enfermedad de Sheuermann y osteocondritis de cadera.

- **Cardiología:** en el niño se encuentran con frecuencia soplos funcionales que no contraindican la práctica del deporte, pero, ante cualquier duda, se remitirá al niño al cardiólogo para una evaluación más completa.

- **Asma:** no contraindica la práctica del deporte siempre que esté bien controlada y tratada. Para prevenir episodios de broncoespasmo por el esfuerzo, se estudiará la medicación más conveniente antes de realizar el ejercicio.

- **Diabetes** sin complicaciones no es una contraindicación para la práctica del deporte, tanto de entrenamiento como de competición. Para evitar la hipoglucemia durante el esfuerzo, se controlará la dieta y la administración de insulina o de antidiabéticos orales, cuyas dosis serán reguladas según la duración e intensidad del esfuerzo.

- **Epilepsia:** bien controlada y estrictamente tratada, se beneficiará de la práctica del deporte.

- **Escoliosis leves o moderadas (menos de 40°),** pueden hacer cualquier deporte, controlando los deportes prolongados en los que predomine una sola extremidad.

## Actividades por edad:

- **0-8 años:** juegos, ejercicios de psicomotricidad, coordinación, equilibrio: andar, trepar, bailar.

- **De 8-12 años:** ejercicios que impliquen la fuerza, resistencia y flexibilidad, comenzará el aprendizaje de las técnicas de deportes específicos.

- **De 12-14 años:** motivar a través del juego, pueden comenzar a competir siempre que exista motivación.



- **A partir de 14 años:** entrenamiento especializado, aumentando el número de sesiones, volumen carga y entrenamiento.

## BENEFICIOS DEL DEPORTE EN NIÑOS

(Fundación Española del Corazón)

- Mantiene el peso ideal y previene la obesidad
- Previene la hipertensión arterial
- Previene la hiperglucemia y reduce las necesidades de insulina de los diabéticos
- Disminuye los triglicéridos y aumenta el colesterol HDL
- Mejora la agilidad, potencia los reflejos, aumenta la velocidad y refuerza la resistencia
- Disminuye el riesgo de padecer osteoporosis
- Al incrementar los glóbulos blancos en circulación, defiende al organismo del desarrollo de células cancerígenas y de infecciones causadas por virus, bacterias y parásitos.
- Reduce la ansiedad y la depresión, y aumenta la autoestima
- Puede ayudar a que no se inicien en el tabaquismo
- Enseña a aceptar las reglas, valorar el compañerismo, integrarse y asumir responsabilidades.
- Disminuye la tendencia a desarrollar actitudes agresivas
- Estimula el rendimiento académico
- Ayuda a tomar conciencia del cuerpo y de su cuidado

**Dentro de las DISCIPLINAS DEPORTIVAS existen diversas clasificaciones, una de ellas es la siguiente:**

- Deportes de contacto personal (rugby, fútbol, baloncesto, balonmano, judo, artes marciales, hockey)
- Deportes de resistencia y de potencia (atletismo, tenis, ciclismo, esquí, gimnasia, danza aeróbica)
- Deportes de coordinación (esgrima, golf, tiro con arco)

## INCAPACIDAD PARA EL DEPORTE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

**Las contraindicaciones para la práctica del deporte deben individualizarse, valorándose cada situación por separado. Explicando a los padres los riesgos inherentes en cada caso, y en ocasiones, dependiendo del deporte, obtener una declaración escrita y firmada por los padres especificando el riesgo del mismo para determinada enfermedad.**

## CONTRAINDICACIONES PARA DEPORTES DE CONTACTO

- Ceguera en un ojo o miopía elevada, un solo riñón funcional, en general pérdida de un órgano par, por las graves consecuencias que llevaría un traumatismo en el órgano restante.
- Hernias, criptorquidia, organomegalias. Trastornos de la coagulación. Epilepsia no controlada. Espondilolistesis o inestabilidad atlas-axis.

TCE o medular grave.

- Infecciones cutáneas contagiosas, impétigo, sarna, forunculosis, mientras dure el proceso contagioso.

## CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

**Dentro de las cuales se admiten ciertas matizaciones atenuantes, pudiendo autorizarse deportes que requieren mínimos esfuerzos físicos. Y siempre individualizando el caso.**

- Cardiopatías descompensadas, miocardiopatía obstructiva, miocarditis, endocarditis.



- Cuadros de fiebre o diarrea severos, hepatitis aguda, TBC, mientras dura el proceso infeccioso.
- Otitis supuradas, sinusitis, conjuntivitis aguda, en deportes acuáticos.
- Insuficiencia renal, hepática, pulmonar, suprarrenal y cardíaca, así como inflamaciones del sistema músculo esquelético.

## CONSEJOS MÉDICOS

- Evitar errores de entrenamiento, para evitar lesiones deportivas.
- Ejercicio físico regular moderado + nutrición correcta = crecimiento óseo adecuado
- Ejercicio físico excesivo o competición no controlada médicamente pueden llevar a lesiones en los cartílagos de conjunción y las epífisis de los huesos largos, y finalización prematura del crecimiento.
- Se debe diagnosticar y corregir una mala alineación anatómica, y evitar un desequilibrio músculo-tendón.
- Prevenir alteraciones nutricionales y del comportamiento alimentario.
- Prevenir alteraciones hidroelectrolíticas, deshidratación, golpe de calor, etc. Los niños deben llevar una hidratación correcta, y ser educados para beber antes, durante y después del ejercicio.
- En niños que compiten y entrenan más tiempo y con más intensidad, se deberá seguir un control médico adecuado para evitar un desgaste temprano y excesivo de su organismo.
- Si se produce una lesión, además de tratarla, se debe prevenir que vuelva a ocurrir estudiando los factores de riesgo asociados.
- Los cambios de humor, cansancio, astenia, etc., en el niño deben estudiarse.

- El entrenamiento físico, bien guiado y controlado no interfiere en el crecimiento estatural y la maduración ósea de niños y adolescentes, que viene condicionado más por factores genéticos y ambientales. La práctica del deporte de manera descontrolada puede provocar modificaciones esqueléticas y articulares, con riesgo para la salud y el futuro deportivo del niño.

- Se desaconsejan carreras de larga distancia antes de la madurez ósea.
- Excluirse los deportes que requieran uso excesivo de fuerza física.

## CONCLUSIONES

**Los pediatras deben recomendar el ejercicio físico regular y moderado, ya que contribuye a que los niños tengan hábitos saludables, previene enfermedades como obesidad, diabetes tipo II, hipercolesterolemia, hipertensión y osteoporosis, entre otras.** Previamente a la realización del ejercicio físico, el niño debe pasar una revisión médica para valorar si existe contraindicación para la práctica deportiva.

## Bibliografía

- ACSM's Guidelines for exercise testing and prescription. American College of sports Medicine. Pre-test evaluation. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995.p 25-48.
- American Academy of pediatrics. Weight training and Wight lifting: information for the pediatrician. The physician and sportmedicine 1983; 11 (3): 157-9
- Amicale EPS. El niño y la actividad física de 2 a 10 años. Edit. Paidrobo, SA; 1986: 179-223.
- Committee on the Medical Aspect of Sports: Medical evaluation of the athlete: a guide. American Medical Association. Chicago, 1976.
- <http://www.fundaciondelcorazon.com/>
- La Médecine Infantile. La puberté: Données physiologiques, aspects cliniques et biologiques. David L, Edward A, et Betend B. 1977;84,947
- Manual de Medicina del Deporte R. Guillet, J. Genéty, E Brunet-Guedj ed. Masson 1985
- Medicina del ejercicio físico y el deporte para la atención a la salud. Ejercicio físico en niños con enfermedades crónicas. Madrid: Díaz de Santos SA; 1992. P. 513-34
- Medicina Deportiva en Atención Primaria. SEMERGEN. S. Giménez Basallote, F. Martínez García. IM&C, S.A. 2006
- Sports Medicine (2ª ed.) Sutton JR. Heat illness. Strauss RH editor. Filadelfia: WB Saunders Co; 1991 p. 345-58. ●

# Subsaharianos, el “sur” de África

**Decía la canción que “el Sur también existe”. Ciertamente, ese “sur” es una realidad incluso en un continente situado al “sur” del mundo, con todo lo que ello connota: una zona infravalorada, siempre a la cola en economía, desarrollo, nivel de vida...**

**Aurora Campmany**  
Periodista

**¿**Es posible que incluso África cuente con su propio “sur”? Comprobémoslo asomándonos a la compleja realidad de los países situados en la zona más empobrecida del continente negro y a la de sus habitantes, inmigrantes entre nosotros.

Identificamos como subsaharianos a los inmigrantes procedentes de un buen número de países, los estados situados al sur del gran desierto del Sáhara, la zona árida mayor del planeta ubicado en el continente negro. Dominada por la supremacía política y económica de Sudáfrica, la zona geopolítica incluye también Mauritania en el norte; Benin, Burkina Faso, Cabo Verde, Costa de Marfil, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Bissau, Liberia, Níger, Malí, Nigeria, Senegal, Sierra Leona y Togo en el oeste; Burundi, Camerún, Congo y República Democrática y Rep. Centroafricana del Congo, Gabón, Guinea Ecuatorial, Ruanda y Chad en el centro; Eritrea, Etiopía, Kenia, Uganda, Somalia, Sudán, Tanzania al este; y la ya nombrada Sudáfrica, Angola, Botsuana, Lesoto, Malaui, Mozambique, Namibia, Zambia y Zimbabue en la zona austral, además de las islas Mauricio, Seychelles y Madagascar en el Índico.

En total, una superficie de millones de km<sup>2</sup> escasamente poblados en muchos puntos —la densidad de población media en el África austral es de 21 habitantes/km<sup>2</sup>—, con una trágica esperanza de vida media que todavía no llega a los 40 años y una mortalidad infantil del 79% en los países más empobrecidos. Y es que a pesar de contar con importantes recursos naturales, el continente negro cuenta con 12 de los 18 países más pobres del planeta, según el Informe sobre el Desarrollo Humano 2005 de NNUU, una situación que se explica por un cúmulo de factores adversos: inestabilidad y corrupción política, falta de infraestructuras, escasez de agua...

## Las paradojas de la economía

Sorprendentemente, la tasa de crecimiento económico global en algunos países de la zona —principalmente los situados en el vértice austral, las costas turísticas y las islas— alcanzará en el 2008, según el último informe Regional Economic Outlook del Fondo Monetario Inter-



*“...con una trágica esperanza de vida media que todavía no llega a los 40 años, y una mortalidad infantil del 79 %”*

nacional (FMI), un 6,7%, siguiendo una tónica de crecimiento de más de tres décadas, lo que unido a una inflación controlada debería lograr una disminución de sus índices de pobreza. Todo ello gracias a que algunas de las regiones de la zona se han beneficiado de una fuerte demanda de productos básicos, la disminución de su deuda externa y el aumento de los precios del petróleo. Una coyuntura que beneficia en especial a los países exportadores de crudo y, en menor medida, al resto, pero que está a merced del estado de la economía mundial y, por consiguiente, muy dependiente de sus fluctuaciones.

Paradójicamente, este desarrollo económico ha comportado un aumento de población, pero no ha logrado un crecimiento paralelo de la

*“La gran mayoría de subsaharianos viaja a través del Magreb o del Senegal para cruzar el Mediterráneo por mar”*

oferta laboral, obligando a un buen número de sus conciudadanos a optar por una arriesgada apuesta: la inmigración ilegal en busca del sustento. Un sustento que a menudo no bastará únicamente para sacar adelante a su familia; se conocen casos en que todo una aldea aúna sus esfuerzos para enviar a uno de sus habitantes —por lo general un hombre joven y con buen estado de salud— a Europa, con la misión de mejorar las condiciones de vida de todos sus vecinos. Si bien es cierto que entre 1999 y 2004 el porcentaje de personas que vivían en la pobreza extrema en el sur de África se redujo en un 41 %, también lo es que el crecimiento de población que deparó la mejoría económica mantuvo el número absoluto de pobres sin variaciones con casi 300 millones de personas viviendo en pésimas condiciones.

Desde que a principios de la década de los noventa la región empezó a vivir cierta serenidad política, con el fin de los regímenes racistas y el establecimiento de los estados democráticos independientes, las migraciones en la zona dieron un vuelco. A partir de las primeras elecciones no racistas y democráticas en Sudáfrica en abril de 1994, de las que salió elegido jefe de estado Nelson Mandela, se abrió una nueva etapa de profundización en los derechos humanos y desarrollo económico y social que se extendió al resto de países de su entorno.

Prácticamente acabados los flujos de refugiados que huían de los diferentes conflictos, arrancaron las migraciones económicas, movimientos en busca de un mejor nivel de vida que empujan a los sudafricanos al norte de África, paso obligatorio para llegar a Europa. Hoy, el endurecimiento de los controles fronterizos por parte de la Unión Europea ha “taponado” esa salida, obligando a buena parte de subsaharianos a permanecer en los países del Magreb definitivamente o en tránsito, esperando la oportunidad de dar el salto a Europa. En los estados magrebíes conforman un mercado laboral mal pagado y habitualmente ilegal.

Pero no todos los inmigrantes sudafricanos llegan a Europa como mano de obra barata y sin cualificación. Desde la década de los setenta, un buen número de sudafricanos altamente cualificados se ha establecido principalmente en países anglosajones. Por otra



## Sobrevivir en África

**D**esnutrición y desatención frutos de la pobreza extrema son las claves que explican las terribles cifras de mortandad infantil en buena parte de los países subsaharianos, un zona en la que suman 300 millones los pequeños que sufren de malnutrición. Es importante aquí aclarar que esta cifra no implica que todos ellos sean víctimas del hambre -de esos 300 millones aproximadamente un 8% son víctimas de hambrunas-, pero sí de una carencia de nutrientes permanente que va a afectar a su salud y a su desarrollo tanto intelectual como físico, mermando de entrada la gran esperanza de toda sociedad.

La malnutrición expone a los menores, faltos también de asistencia sanitaria, a un riesgo extremo de contraer enfermedades en un entorno falto de las medidas sanitarias básicas, sin una infraestructura médica ni una sensibilización social que asegure la administración de, por ejemplo, las vacunas esenciales.



parte, también los países más ricos del continente negro congregan inmigrantes de la región sur: Gambia, Nigeria y Senegal, con una creciente industria turística, se han convertido en destino migratorio, así como el sector minero sudafricano.

En cuanto a los inmigrantes que se dirigen a Europa, sólo algunos privilegiados logran hacerlo de modo legal. La gran mayoría de subsaharianos viaja a través del Magreb o del Senegal para cruzar el Mediterráneo por mar. Esta vía ha reabierto la que fuera la ruta de las antiguas caravanas transaharianas, con la entrada mayoritaria al Magreb por Agadez,

en Níger, un punto de encrucijada histórico. Otros puntos de paso son Gao en Mali, Abeché en Chad, Siwa y Al Jawf en Libia, Tamanrasset y Adrar en Argelia y Nuabidú en Mauritania, todas ellas ciudades norteafricanas con importantes comunidades sudafricanas en tránsito, sin estatuto de residencia legal, que deben soportar a menudo el trato xenófobo de los magrebies.

Una situación que penosamente, lejos de mejorar, puede agravarse en adelante. Afirma Martin Baldwin-Edwards, codirector del Observatorio de las Migraciones Mediterráneas con sede en Atenas que "La presión migratoria en África va

a aumentar; las pésimas condiciones de vida y trabajo en el norte de África serán percibidas como preferibles al desempleo en África subsahariana, y la perspectiva de acabar emigrando a la "rica" Europa constituye otro atractivo del Norte de África. Incluso en el caso de que Europa consiga limitar la inmigración ilegal a través del Mediterráneo, los problemas migratorios no desaparecerán de la región mediterránea. Los derechos humanos básicos de los inmigrantes en el norte de África constituyen una cuestión que está a punto de colisionar con la agenda de Europa: lo que sigue abierto es el modo en que responderemos a estos problemas". (*Vanguardia Dossier* nº 26).●



# Los especialistas urgen a la unificación de los patrones de crecimiento en España para la detección precoz de la obesidad en los niños

Un debate científico centrado en las curvas de crecimiento y liderado por reconocidas autoridades internacionales en Nutrición Pediátrica, puso el punto y final en Alicante al XVII Congreso de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica celebrado en mayo.

Fuente: Noticias Médicas.es



La conclusión destacada fue la necesidad de unificar las curvas de crecimiento en España para la detección temprana de trastornos nutricionales en los niños, especialmente la "preocupante" obesidad.

El acto, denominado **Propuesta de Consenso**, pretendía arrojar luz o llegar a un cierto acuerdo entre los distintos patrones de crecimiento que se usan actualmente en el país para evaluar el crecimiento del niño. "Un consenso muy necesario aquí", indicó la Dra. Mercedes de Onis, coordinadora de la Unidad de Nutrición de la OMS, "de manera que un niño que sea considerado desnutrido u obeso en un lugar, no cambie su estado de salud o consideración

simplemente porque cambie de comunidad". En esta línea se mostró la portavoz de los pediatras, la Dra. Cecilia Martínez, especialista en Gastroenterología y Nutrición en el Hospital Clínico de Valencia, quien reconoció que los pediatras de esta área están infradiagnosticando la obesidad, porque los patrones de crecimiento se extraen sobre niños sobrenutridos.

En España, la población infantil presenta una incidencia actual de obesidad del 15% y de sobrepeso en torno al 25%. En este sentido, los expertos alertan de que se trata de un problema "grave", puesto que ya se está viendo niños con obesidad a edades muy tempranas, como son los 2 ó 3 años, y a los 10 con problemas relacionados, como la hipertensión. ●

# Los niños de madres fumadoras sufren sibilancias, tos nocturna y se resfrían más a menudo

Un estudio publicado recientemente en la revista Archivos de Bronconeumología, de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, pone de manifiesto la relación existente entre la exposición antes, durante y después del embarazo al humo de tabaco y la aparición de enfermedades respiratorias en los primeros cuatro años de vida.

Fuente: Noticias Médicas.es

Resultados del estudio muestran que la exposición al humo del tabaco tiene efectos nocivos para la salud de los niños y especialmente para el aparato respiratorio. Los niños expuestos al tabaco sólo en época prenatal presentan una incidencia de hospitalizaciones por infección respiratoria mayor que los hijos de madres no fumadoras: 2,96 odds (ratio de probabilidad en el primer año) y de 4,95 a los dos años de edad. Mientras que la exposición post natal se asocia con la aparición de sibilancias tardías (odd ratio: 2,48) y aumenta la probabilidad de padecer asma a los 4 años de edad (odd ratio:1,69).

También los niños expuestos pre y postnatalmente a los efectos del tabaco presentan más



sibilancias (odd ratio: 2,18), roncus persistente (odd ratio: 1,7), tos nocturna (odd ratio:1,90) y la probabilidad de padecer más resfriados comunes al año y de ser diagnosticados de asma especialmente entre el segundo (odd ratio:2,47) y el tercer año de vida (odd ratio: 2,51) posibilidad de padecer asma. Cabe destacar que el asma es la afección crónica pediátrica mas

frecuente y que su prevalencia va en aumento especialmente en las regiones industrializadas. En el aumento del asma juega un papel relevante la exposición ambiental y entre los factores ambientales destaca el humo del tabaco.

El tabaquismo materno durante el embarazo tiene un efecto adverso sobre el peso del bebé al nacer que puede perdurar durante los 4 primeros años de vida.

La conclusión del estudio evidencia que la exposición pasiva al humo del tabaco durante el embarazo y la infancia tiene efectos clínicos respiratorios bien diferenciados en niños por lo que la interrupción del hábito tabaquito en mujeres que quieren ser madres debería ser una medida preventiva de salud pública. ●



# Los expertos alertan del “importante” aumento de la incidencia de la enfermedad inflamatoria intestinal en los niños

En todos los centros que tratan la enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes pediátricos, estamos viendo un aumento muy importante de la incidencia. A principios de los años 90 diagnosticábamos entre 4 ó 5 casos al año y ahora estamos llegando a los 25 casos anuales, por lo que es una realidad que va en aumento.

Fuente: Noticias Médicas.es

Bajo esta premisa fundamental se ha desarrollado la ponencia del Dr. Javier Martín de Carpi, experto del Hospital Universitario Sant Joan de Déu de Barcelona, en la segunda jornada del XVII Congreso de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SEGHNP); jornada dedicada a la disciplina de la Gastroenterología y, más específicamente, a la enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

En este sentido, como ha afirmado el presidente de la Sociedad, el Dr. Luis Peña, “se trata de una enfermedad emergente en España y que preocupa a los pediatras, puesto que está despuntando y cada año aumentan los casos. De ahí la importancia de abordar en este congreso el manejo de estos pacientes y las nuevas terapias”.

En su conferencia, el Dr. Carpi ha señalado el importante esfuerzo investigador que se

está realizando en la actualidad para mejorar la calidad de vida de estos niños, optimizando los nuevos tratamientos que están surgiendo; adaptando los tratamientos que emplean los gastroenterólogos de adultos e intentando en todo momento preservar la balanza entre riesgo y beneficio de los fármacos. “En definitiva, estamos cuidando mucho al paciente pediátrico, prestando mucha atención a su crecimiento y desarrollo, para que llegue a la edad adulta sin consecuencias graves de la enfermedad”.

En cuanto a los nuevos tratamientos, Martín de Carpi ha explicado la existencia de tratamientos nutricionales enterales que son efectivos cuando se dan como dieta exclusiva, durante períodos de 6 a 8 semanas, y que pueden reducir la necesidad de fármacos antiinflamatorios. Además, ha destacado también otros fármacos que disminuyen la inmunidad, puesto que se trata de una enfermedad con una base inmunológica y se activa por una alteración del sistema de defen-

sas. Otros medicamentos actúan bloqueando específicamente algún paso de la cadena inflamatoria, como ha explicado el especialista. “Es muy importante que la sociedad se sensibilice”, ha indicado, “y que los pediatras de atención primaria se conciencien para diagnosticarla pronto, con el fin de iniciar un tratamiento eficaz lo antes posible, que pueda mejorar el pronóstico a largo plazo o frenar la actividad de la enfermedad. Debemos tener en cuenta, además, que cada paciente pediátrico requiere un tratamiento individualizado, no todos responden a los mismos fármacos, por lo que hay que seleccionar mucho lo que administramos a cada niño”.

A pesar de que todavía no hay datos fiables en España, es una enfermedad que se ha diagnosticado tradicionalmente entre adultos jóvenes de entre 25 y 30 años, y que cada vez se está viendo que debuta más en niños, desde los primeros meses de vida hasta los 18 años, la mayor parte de ellos en la franja comprendida entre los 10 y los 11 años. ●

## Humor





# Actithiol®

## Antihistaminico



**NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** Actithiol® Antihistaminico Solución oral. **COMPOSICIÓN PORCENTUAL:** Carbocisteína (DCI) 2 g. Prometazina (DCI) clorhidrato 0,050 g. **Excipientes:** sacarosa (60 g), etanol (2,4 g), parahidroxibenzoato de metilo (E-218), parahidroxibenzoato de propilo (E-216), propilenglicol, hidróxido de sodio, esencia de piña, esencia de melocotón y agua purificada. **PROPIEDADES:** Actithiol Antihistaminico solución oral, constituye una medicación adecuada a todas las **afecciones del árbol respiratorio que tengan un origen de base alérgica**. La Carbocisteína **es un agente mucorregulador** que facilita el drenaje de las secreciones patológicas y la aireación de las vías respiratorias en tanto que la Prometazina posee un **efecto antihistaminico** comprobado. **INDICACIONES:** Sinusitis, rinoфарингит, bronquitis agudas, subagudas y crónicas, broncoalveolitis, regeneración posneumónica, especialmente las de predominio patogénico histamínico. **POSOLÓGIA:** Para una dosificación correcta, emplear la cuchara que se incluye en el envase. Niños, no se recomienda administrarlo antes de los 12 meses; de 12 a 18 meses, 1 medida pequeña (5 ml) al día; de 18 meses a 5 años, 2-3 medidas pequeñas (5 ml) al día; mayores de 5 años, 3-5 medidas pequeñas (5 ml) al día. Adultos a partir de 16 años, 3-5 medidas grandes (10 ml) al día. Tomar antes de las comidas. **CONTRAINDICACIONES:** No se han descrito. **ADVERTENCIAS:** Importante para la mujer: Si está embarazada o cree que pudiera estarlo, consulte a su médico antes de tomar este medicamento. El consumo de medicamentos durante el embarazo puede ser peligroso para el embrión o feto y debe ser vigilado por su médico. **Advertencias sobre excipientes:** Este medicamento contiene 3 g de sacarosa por 5 ml, lo que deberá ser tenido en cuenta en pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa, problemas de absorción de glucosa/galactosa, deficiencia de sacarasa-isomaltasa y pacientes diabéticos. Este medicamento contiene 3% de etanol en volumen final. Cada 5 ml contiene 0,12 g de etanol lo que puede ser causa de riesgo en niños, mujeres embarazadas y pacientes con enfermedad hepática, alcoholismo, epilepsia, daños o lesiones cerebrales. Puede modificar o potenciar el efecto de otros medicamentos. **PRECAUCIONES:** No administrar a pacientes sensibilizados a la prometazina. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** A dosis terapéuticas puede producir a veces somnolencia. **INCOMPATIBILIDADES:** Inhibidores de la MAO. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** En caso de intoxicación accidental, se recomienda el lavado de estómago y monitorización de las principales funciones vitales con medicación antisintomática. No existe antidoto específico. "En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono 915 620 420". **Nombre o razón social y domicilio permanente o sede social del titular de la autorización de comercialización:** Laboratorios Almirall, S.A. General Mitre, 151. 08022 Barcelona (España). **PRESENTACIÓN Y PVP (IVA M.R.):** Actithiol Antihistaminico, frasco de 200 ml: 6,59€. Sin receta médica. Especialidad no reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. **Fecha de revisión del texto:** Diciembre 1998.

**BIBLIOGRAFÍA:** 1. Strenkowski-Nix LC, Ermer J, Decléene S, Cavallos W, Mayer PR. Pharmacokinetics of promethazine hydrochloride after administration of rectal suppositories and oral syrup to healthy subjects. Am J Health Syst Pharm (2000) 57:1499-505 2. J. Gras y col. Weak M3 muscarinic receptor affinity of promethazine as an explanation of its lack of mucus antisecretory effect at therapeutic doses. Allergy Suppl. 63. Vol 55. 2000 (280-281). 3. Prospecto de producto. Fecha de elaboración del material promocional: julio 2010

# Eupeptina®



**NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** Eupeptina® Polvo **COMPOSICIÓN por 100 g:** Pepsina amilácea 1 g, Carbonato de magnesio 20 g, Fosfato de sodio 1 g, Fosfato de magnesio 6 g, Óxido de magnesio 5 g. **Excipientes:** lactosa y sacarosa (37 g). **INDICACIONES:** Eupeptina® está indicado **contra el estreñimiento de la infancia y especialmente en los niños de pecho, en los que actúa produciendo una evacuación normal y sin dolor. Eupeptina® facilita la digestión de la leche e impide su alteración, pues mezclada con ella hace que el coágulo que se forma en el estómago esté sumamente disgregado, siendo, por consiguiente, más fácilmente digerido** por los jugos gástricos. Los niños alimentados con leche mezclada con Eupeptina® no suelen sufrir gastroenteritis, indigestiones ni vómitos. **VÍA DE ADMINISTRACIÓN:** Oral. **POSOLÓGIA:** Dado que Eupeptina® tiene varios usos (unas veces como **laxante** y otras como **profiláctico de gastroenteritis, indigestiones y vómitos**), es el médico el que debe indicar la dosis; únicamente, como pauta a seguir, **indicamos las siguientes:** Niños de un día a un año: una o dos cucharaditas rasas (de las de café), dos veces al día. Niños de uno a cinco o más años: desde la dosis anterior hasta cuatro cucharaditas rasas (de las de café), tres veces al día. **CONTRAINDICACIONES:** Eupeptina® no tiene contraindicaciones conocidas. **INCOMPATIBILIDADES:** Eupeptina® no presenta incompatibilidades con otros fármacos. **PRECAUCIONES:** No se conocen. **ADVERTENCIAS SOBRE EXCIPIENTES:** Este medicamento contiene lactosa lo que deberá ser tenido en cuenta en pacientes con problemas de absorción de glucosa o galactosa, galactosemia o insuficiencia de lactasa. Este medicamento contiene sacarosa lo que deberá ser tenido en cuenta en pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa, problemas de absorción de glucosa/galactosa, deficiencia de sacarasa-isomaltasa y pacientes diabéticos. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** Eupeptina® está exenta de efectos secundarios conocidos. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** Hasta el momento no se han descrito casos de intoxicación. "En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono 915 620 420". **Nombre o razón social y domicilio permanente o sede social del titular de la autorización de comercialización:** Laboratorios Almirall, S.A. General Mitre, 151. 08022 Barcelona (España). **PRESENTACIÓN Y PVP IVA:** Eupeptina® Polvo, envase de 65 g: 11,19€. Sin receta médica. Especialidad no reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. **Fecha de revisión del texto:** Junio 2004.

Fecha de elaboración del material promocional: julio 2010

# Calmatel®

## Calma el dolor, con una galénica ideal para cada efecto deseado

### Piketoprofeno



**1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** CALMATEL® Crema: Piketoprofeno (DCI), 1,8 g/100 g. CALMATEL® Aerosol: Piketoprofeno (DCI), 2,0 g/Spray. CALMATEL® Gel: Piketoprofeno (DCI), 1,8 g/100 g. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Crema: Piketoprofeno DCI (clorhidrato) 1,8 g. Excipientes: c.s. Aerosol: Piketoprofeno (DCI) 2,0 g. Excipientes c.s. Gel: Piketoprofeno (DCI) 1,8 g. Excipientes: c.s. **3.FORMA FARMACÉUTICA:** Crema: Tubo de 60 g. Aerosol: Spray de 50 g más propelente. Gel: Tubo de 60 g. **4.DATOS CLÍNICOS:** **4.1.Indicaciones terapéuticas:** Afecciones inflamatorias y dolorosas del aparato locomotor: Traumatología: esguinces, contusiones, luxaciones y fracturas. Reumatología: lumbago, artrosis, miositis reumáticas, torticollis, epicondilitis, tenosinovitis y bursitis. **4.2.Posología y forma de administración:** Crema y gel: A criterio facultativo, se puede aplicar las veces que éste lo considere oportuno. Como norma general se aplicarán, en la zona afectada, 1,5 a 2 g de crema/gel, de tres a cuatro veces al día, **pudiéndose efectuar un suave masaje para favorecer su penetración o utilizar un vendaje oclusivo.** Aerosol: Como norma general se aplicarán, en la zona afectada, una ó dos propulsiones, durante unos segundos; tres veces al día. **4.3.Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a los componentes de la especialidad. Existe la posibilidad de hipersensibilidad cruzada con ácido acetilsalicílico y otros antiinflamatorios no esteroideos. No se aplicará a pacientes a quienes el ácido acetilsalicílico y otros antiinflamatorios no esteroideos les produce rinitis, asma, angioedema o urticaria. No debe aplicarse en ojos, mucosas, úlceras ó lesiones abiertas de la piel, ni en ninguna otra circunstancia en que concorra en el mismo punto de aplicación otro proceso cutáneo. **4.4.Advertencias y precauciones especiales de empleo:** No es preciso advertir o adoptar precauciones específicas, en el uso de estas especialidades. **4.5.Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Hasta la fecha no se han descrito interacciones de estas especialidades, durante el extenso uso al que han estado sometidas desde su autorización. **4.6.Embarazo y lactancia:** Aunque los estudios en animales no han evidenciado toxicidad fetal o efectos teratogénicos, y los niveles plasmáticos de piketoprofeno y su metabolito principal implican una mínima absorción sistémica, únicamente debe utilizarse bajo criterio facultativo en mujeres embarazadas y en mujeres en período de lactancia. **4.7.Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** No procede. **4.8.Efectos indeseables:** Dada su aplicación tópica, estas especialidades son bien toleradas aunque, en ocasiones, pueden producirse eritemas, prurito, escozor y calor local, de una forma leve y transitoria. **4.9.Sobredosisificación:** Dada la vía de administración, no se ha presentado intoxicación alguna hasta la fecha. En casos de hipersensibilidad, se suspenderá el tratamiento. **5.PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** **5.1.Propiedades farmacodinámicas:** En diversos modelos de estudios con animales de experimentación (edema inducido por carragenina / aceite de croton, eritema provocado por radiación UVA, etc.), característicos en la investigación de la actividad antiinflamatoria, se ha demostrado que piketoprofeno, vía tópica, posee una marcada actividad. En cuanto a su actividad analgésica, los estudios efectuados (dolor inducido por traumatismo experimental / inyección periarticular de NO3Ag ó Prostaglandina E2), han evidenciado su efecto analgésico. En relación a su uso clínico, se han realizado una serie de ensayos, que han demostrado la eficacia de las formulaciones de piketoprofeno como antiinflamatorio / analgésico de administración tópica en diversas situaciones patológicas que indican su administración. Respecto a la seguridad del tratamiento con piketoprofeno, vía tópica, se ha puesto de manifiesto la óptima tolerabilidad local de las formulaciones de la especialidad. **5.2.Propiedades farmacocinéticas:** Se han realizado varios estudios de farmacocinética en animales de experimentación y voluntarios sanos, para evaluar la absorción y fijación del principio activo al tejido subcutáneo, tras la administración tópica de las formulaciones con piketoprofeno. Los resultados obtenidos revelan que: "La penetración cutánea de piketoprofeno, tras administración tópica, parece ser rápida como indican los niveles altos de fármaco inalterado, encontrados en tejido subcutáneo próximo a la zona de aplicación. "Los niveles plasmáticos de piketoprofeno son < 0,01 mg/ml, mientras que los niveles encontrados en el tejido subcutáneo son > 1 mg/g, lo que indica una mínima absorción sistémica del principio activo. **De acuerdo con los resultados obtenidos en un ensayo clínico comparativo de las formas farmacéuticas crema y gel, la tolerabilidad local y general es óptima, no habiéndose producido fenómenos de fotosensibilidad.** **5.3.Datos preclínicos sobre seguridad:** Los estudios de toxicidad cutánea, efectuados en conejo tras la administración tópica de las formulaciones de piketoprofeno, no han revelado signos de intolerancia en la piel ni fenómenos de toxicidad local. Los estudios de toxicidad aguda (administración oral, dosis única) ofrecen los siguientes resultados: DL50 rata macho-321 mg/kg (261-394). DL50 rata hembra-275 mg/kg (224-337). Los estudios de toxicidad subcrónica (administración oral en ratas, durante 30 días), no han detectado toxicidad del principio activo. Los estudios de toxicidad fetal y teratogenia no han indicado actividad en este sentido (malformaciones o anomalías durante el desarrollo embrionario). **6.DATOS FARMACÉUTICOS:** **6.1.Lista de excipientes:** CREMA: Benzoato de bencilo, Alcohol láurico-mirístico, Alcohol cetílico, Polisorbato 20, Sorbitán monolaurato, Alcohol cetosteárilico polioxietilenado, Dietanolamina, Polihexametilenbiguanido Clorhidrato, Agua purificada. AEROSOL: Miristato de isopropilo, Salicilato de metilo, Alcanfor, Esencia de lavanda, Alcohol bencilico, Isopropanol, Anhídrido carbónico. GEL: Hidroxipropil celulosa, Propilenglicol, Esencia de lavanda, Etanol. **6.2.Incompatibilidades:** No se han descrito. **6.3.Periodo de validez:** CALMATEL® Crema: 5 años, mantenido en condiciones normales de conservación. CALMATEL® Aerosol: 5 años, mantenido en condiciones normales de conservación. CALMATEL® Gel: 3 años, mantenido en condiciones normales de conservación. **6.4.Precauciones especiales de conservación:** Las especialidades no requieren condiciones especiales de conservación, debiendo exclusivamente mantenerse en el interior de su estuche, al abrigo del calor y humedad excesivos. **6.5.Naturaleza y contenido del recipiente:** CALMATEL® Crema: Tubo de aluminio barnizado; lacado y serigrafiado al exterior; con tapón roscado de P.E. CALMATEL® Aerosol: Spray de aluminio barnizado; lacado y serigrafiado al exterior; con válvula y pulsador de P.E. CALMATEL® Gel: Tubo de aluminio barnizado; lacado y serigrafiado al exterior; con tapón de P.E. **6.6.Instrucciones de uso/manipulación:** No se requieren instrucciones especiales de uso para estas especialidades. En todo caso y dada la naturaleza del gel (por su contenido en etanol) es conveniente manipular el tubo y su contenido lejos de llama/fuego directos, como prevención lógica ante hipotéticos accidentes. **6.7.Nombre o razón social y domicilio permanente o sede social del titular de la autorización de comercialización:** Laboratorios Almirall, S.A. General Mitre, 151. 08022-Barcelona (España). **PRESENTACIONES Y PVP (IVA M.R.):** CALMATEL® Crema, tubo de 60 g: 4,34€. CALMATEL® Aerosol, Spray de 50 g más propelente: 7,34€. CALMATEL® Gel, tubo de 60 g: 4,32€. Sin receta médica. **Especialidades reembolsables por el Sistema Nacional de Salud.** Aportación normal. **FECHA DE REVISIÓN DE LA FICHA TÉCNICA:** Julio 1997. Fecha de elaboración del material promocional: julio 2010



# Actithiol®

## Antihistamínico

Llega el alivio para la **tos** y la **congestión**



Para la **tos productiva** y la **congestión nasal**,  
incluso de origen alérgico

### Congestión nasal

Acción  
antihistamínica

Alivio rápido  
en 20-30 minutos<sup>(1)</sup>

Sin efecto antisecretor  
(de mucosidad)  
a dosis terapéuticas<sup>(2)</sup>

**DOBLE  
ACCIÓN**

### Mucosidad

Acción  
mucolítica

Facilita el drenaje  
y la aireación  
de las vías  
respiratorias<sup>(3)</sup>



# Calmatel®

Piketoprofeno

# Gel

## Cálmale el dolor

- Dolor localizado
- Esguinces
- Contusiones
- Luxaciones

Absorción Rápida

Efecto Frescor



Utiliza **Calmatel® Gel**, que produce frío local, en las primeras horas tras la lesión.

También en:



Crema



Aerosol

[www.nohaydolor.com](http://www.nohaydolor.com)





# Eupeptina®

Digestiones fáciles desde el primer día

## Contra el estreñimiento en lactantes y niños



◀ **Previene** la gastroenteritis, las indigestiones y los vómitos.



◀ **No presenta incompatibilidades** con otros fármacos ni efectos secundarios conocidos.



◀ **Se disuelve fácilmente** en los líquidos administrados con el biberón: agua, leche, etc.



### Posología

#### Lactantes

1-2 cucharaditas  
rasas (de café)  
2 veces al día

#### Niños mayores de 1 año

de 1-4 cucharaditas  
rasas (de café)  
3 veces al día

# Actithiol® Antihistamínico



**Llega el alivio para la tos  
y la congestión**

## Acción antihistamínica en vías altas:

- Alivia rápidamente la congestión nasal en 20/30 minutos.<sup>(1)</sup>
- Sin efecto antisecreto.<sup>(2)</sup>

## Acción mucolítica en vías bajas:

- Facilita el drenaje y la aireación de las vías respiratorias.<sup>(3)</sup>



# Calmatel® Piketoprofeno

## Cálmale el dolor

- Dolor en zonas localizadas
- Esguinces
- Contusiones
- Luxaciones



# Eupeptina®

Digestiones fáciles desde el primer día

**Contra el estreñimiento  
en lactantes y niños**

