



CEU

*Universidad
San Pablo*

Facultad de Medicina

Problemas de la pediatría en el mundo actual

Alfonso Delgado Rubio

Catedrático de Pediatría y Puericultura

Universidad CEU San Pablo

Director del Departamento de Pediatría
del Grupo Hospital de Madrid

Festividad de San Lucas

23 de Octubre de 2009

CEU Ediciones

Problemas de la Pediatría en el mundo actual

Alfonso Delgado Rubio

Catedrático de Pediatría y Puericultura

Universidad CEU San Pablo

Director del Departamento de Pediatría
del Grupo Hospital de Madrid

Festividad de San Lucas

23 de Octubre de 2009

**Facultad de Medicina
Universidad CEU San Pablo**

Problemas de la Pediatría en el mundo actual

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© 2009, por Alfonso Delgado Rubio
© 2009, por Fundación Universitaria San Pablo CEU

CEU Ediciones
Julián Romea 18, 28003 Madrid
www.ceu.es

Depósito legal: M-44048-2009

Compuesto e impreso en el Servicio de Publicaciones de la Fundación Universitaria San Pablo CEU

Introducción

A la hora de analizar los problemas que la Medicina infanto-juvenil, tanto clínica como preventiva, tiene planteados en el mundo actual, es obligado que en esta consideración tengamos en cuenta si se trata de países desarrollados o países en vías de desarrollo, ya que como tendremos ocasión de ver son radicalmente distintos.

Las diferencias surgen en primer lugar respecto a la población que consideremos. El crecimiento de la población ha sido progresivo y se calcula que en el comienzo de nuestra era (J.C.) ascendía a unos 260 millones de habitantes. En el año 1000 se estima en 280 millones, es decir en un milenio el incremento fue muy poco significativo y alcanzaba los 430 millones en 1500 (d. J.C.). A mediados del siglo XVIII la población mundial estimada era de 730 millones y en 1900 ascendía a 1.670 millones. El incremento a lo largo del siglo XX, a pesar de las guerras, ha sido extraordinario como lo muestra el hecho de que en 1950 la población mundial era de 2.500 millones de habitantes; en 1960 de 3.000 millones y para el 2000 el cálculo era de 6.000 millones de personas en nuestro planeta.

Es decir, se ha producido un incremento de 1.000 millones cada 13 años y la población que se estima habitará la Tierra en 2050 será de 10.000 millones.

En la actualidad, de estos 6.000 millones, 800 sufren desnutrición crónica, 1.000 millones carecen de agua potable, 1.000 millones son analfabetos y 34.000 niños mueren cada día como consecuencia del hambre.

Estas cifras ya nos permiten asegurar que hay un reparto poco equitativo, de los recursos, que son más que suficientes, pero que evidentemente están mal distribuidos.

Hay que tener en cuenta que todas estas cifras que ofrecemos a su consideración son aproximadas, ya que por ejemplo el registro de nacimientos en el mundo es muy riguroso en los países de nuestro entorno socio-económicos, pero existen 50 millones de nacimientos que no vienen registrados, especialmente en los países en desarrollo.

Otro tema a considerar en esta introducción general es el papel que juega la mujer en los distintos países dependiendo de su grado de desarrollo. Los datos disponibles ponen claramente de manifiesto, que la esperanza de vida, la mortalidad materna, la escolarización secundaria y la presencia de la mujer en los ámbitos de poder como pueden ser su representación en los parlamentos es extraordinariamente baja si se la compara con las mujeres de países desarrollados. (Cuadro 1)

LA MUJER EN LOS DIEZ PAISES CON MENOR Y MAYOR DESARROLLO HUMANO					
PAIS	Esperanza de vida al nacer(años)	Mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos	Escuela secundaria %	Trabajo % censo laboral	Parlamento %escaños ocupados
GUINEA/CANADA	44,4 / 80,6	1.000 / 7	5 / 96	30 / 45	- / 13
BURK-FASO/SUIZA	49,6 / 81,1	750 / 6	5 / 76	49 / 38	6 / 16
AFGANISTAN/JAPON	43,4 / 81,5	1.000 / 16	6 / 98	8 / 41	3 / 6
S. LEONA/SUECIA	44,0 / 80,7	1.000 / 7	12 / 85	33 / 48	- / 33
NIGER /NORUEGA	47,5 / 80,3	850 / 8	4 / 87	47 / 45	6 / 38
CHAD /FRANCIA	48,5 / 80,7	800 / 13	3 / 85	17 / 43	- / 6
MALI /AUSTRALIA	47,0 / 79,9	850 / 5	4 / 79	16 / 42	2 / 13
GAMBIA /EE.UU.	46,0 / 79,1	1.000 / 13	13 / 80	41 / 45	8 / 10
SOMALIA /P.BAJOS	48,0 / 80,4	900 / 14	- / 77	39 / 40	- / 23
G-BISSAU / R.UNIDO	44,5 / 78,5	1.000 / 11	4 / 79	42 / 43	13 / 9
Fuente: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)					
Cuadro 1					

Problemas en los países desarrollados

Tratando de hacer una síntesis de los problemas principales de la Pediatría clínica y preventiva en los países desarrollados consideramos que los más urgentes son los que se recogen en el Cuadro 2.

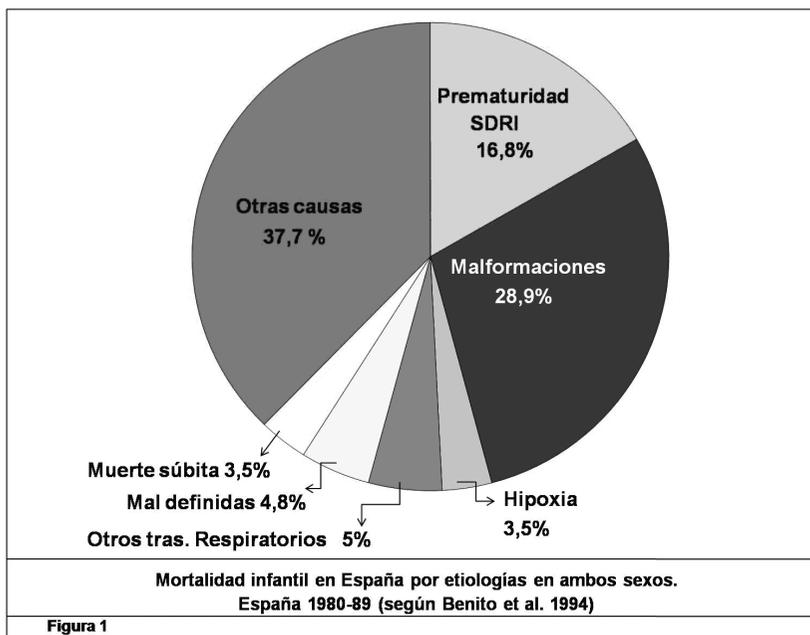
PRINCIPALES PROBLEMAS DE LA PEDIATRIA CLINICA Y PREVENTIVA (*)

PAISES DESARROLLADOS
<ul style="list-style-type: none">* Patología perinatal. Prematuridad* Malformaciones congénitas* Trastornos neuropsiquiátricos. Deficiencia mental.* Problemas del adolescente<ul style="list-style-type: none">- accidentes (circulación, otros)- trastornos psicológicos- trastornos conducta alimentaria (anorexia/bulimia)- violencia, depresión, suicidio- consumo de tabaco, alcohol, drogas (diseño, marihuana, cocaína, heroína, etc.)- sexuales (embarazos no deseados). ETS: SIDA, VHB, etc.* Maltrato infantil. Distintos tipos* Sobrepeso. Obesidad* Trasplantes de órganos* Mantenimiento altas coberturas vacunales e incorporación nuevas vacunas* Asistencia Pediátrica Universal desde el nacimiento a la adolescencia para la población autóctona y emigrante
HABITOS SALUDABLES: Dieta equilibrada (D. mediterránea). Actividad física.
Vacunaciones. Evitar accidentes y tóxicos. Promoción virtudes humanas.
(*) según Delgado A.
Cuadro 2

En primer lugar están los relacionados con la patología perinatal y muy especialmente con la prematuridad. Hay que tener en cuenta que aunque la mortalidad infantil ha descendido de forma espectacular en los países desarrollados, la mortalidad neonatal tanto precoz como tardía, lo ha hecho de forma menos significativa. Esto permite afirmar que todavía la mortalidad infantil encuentra en el periodo perinatal y postneonatal su “tendón de Aquiles”, por lo que tendremos que seguir empeñados en incrementar nuestros esfuerzos para reducir la mortalidad en los primeros días de vida.

Cuando analizamos la mortalidad infantil, en Europa, ésta supone una cifra entorno al 3-4 por mil, siendo mucho más elevada en países del Este europeo (Bulgaria, Países Bálticos, Rumanía, Macedonia, Albania, etc.) que alcanzan cifras entre el 10-20 por mil. En España, la cifra de mortalidad infantil es de 3,78 por mil, siendo las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, las que ofrecen cifras más elevadas debido a las condiciones socio-económicas que se dan en éstas como consecuencia del elevado número de gestantes que procedentes del norte de África, dan a luz en los centros hospitalarios de las ciudades referidas.

Cuando analizamos las causas de la mortalidad infantil en España, éstas son similares a las de otros países desarrollados y son fundamentalmente las relacionadas con: la prematuridad y toda la patología que, esta situación de inmadurez, comporta como el síndrome de distress respiratorio; las graves malformaciones cardiacas, defectos del tubo neural, renales, digestivas, etc.; la hipoxia perinatal; las infecciones perinatales; el síndrome de muerte súbita del lactante; etc. (Figura 1)



La prematuridad como hemos adelantado es una muy importante causa de morbi-mortalidad neonatal e infantil. Existen distintas causas que favorecen los partos pretermino. Por este motivo el conocimiento de estos factores van a permitir luchar para su prevención.

La profilaxis de las malformaciones deben ser una política de salud pública que llega a toda la población. La sociedad debe conocer que la administración de ácido fólico unos 3 meses antes del embarazo y durante las primeras semanas de gestación es una medida extraordinariamente eficaz para la prevención de malformaciones congénitas y de forma específica para prevenir los defectos del tubo neural (anencefalia, espina bífida, etc.)

El diagnóstico prenatal tanto con técnicas invasivas (biopsia corial, amniocentésis, funiculocentésis) como no invasivas (ecografía) han supuesto un avance muy importante, cuya aplicación es casi sistemática en todos los países desarrollados. A este respecto debemos dejar meridionalmente claro que el diagnóstico prenatal debe cumplir todos los requerimientos éticos de tal manera que éste no debe ser utilizado para impulsar los abortos, sino para dar una oportunidad al producto de la concepción, ya que más del 90% de los diagnósticos prenatales –en mujeres de riesgo– dan resultados normales. El diagnóstico prenatal no puede ser utilizado para impulsar políticas sociales “eugenésicas” o de salud pública por parte los Estados ya que conculcarían el derecho a la autonomía reproductiva. Puede ser ofertado pero nunca impuesto y menos aún obligar a que los embarazos sean interrumpidos.

Este diagnóstico prenatal está íntimamente relacionado con el asesoramiento genético que, según nuestro criterio, “es el proceso por el cual un paciente o familiares del mismo, con riesgo de un trastorno que puede ser hereditario, son advertidos de las consecuencias de dicho trastorno, de la probabilidad de tenerlo y/o trasmitirlo y de la forma en que esto puede ser evitado o mejorado”.

El papel del asesor genético es el de informar de forma objetiva, veraz y científica a la pareja. Debe ser extraordinariamente respetuoso, sin influir en las decisiones de la misma. Debe estar dispuesto a aceptar sus decisiones aunque no fuesen las que él tomara en la misma situación, reservándose en todo caso no ir nunca en contra de sus principios éticos y morales.

La deficiencia mental es un grave problema por las implicaciones sociales, laborales, emocionales y asistenciales que comporta. Su incidencia, aunque de

intensidad variable, está en torno al 3% de la población. Constituye un reto no solamente su prevención, sino su asistencia buscando soluciones que tengan siempre en cuenta el respeto a todos los tipos de minusvalías.

Los trastornos neuropsiquiátricos especialmente frecuentes y graves en los niños y adolescentes requieren un diagnóstico concreto, una terapia apropiada y un apoyo a las familias, que permitan la solución o al menos la mejora de estas complejas situaciones que distorsionan de forma muy grave al entorno familiar.

Los problemas del adolescente son especialmente numerosos y complejos. Sin querer hacer un análisis exhaustivo de los mismos nos detendremos solo a considerar los que consideramos más frecuentes y trascendentes. Los accidentes, especialmente los de tráfico constituyen una causa muy importante de morbi-mortalidad en esta época de la vida, especialmente durante los fines de semana, y son consecuencia de comportamientos imprudentes, consumo de tóxicos, infracciones del código de circulación, inexperiencia, etc. Aunque es cierto que su número está disminuyendo, no podemos olvidar que cada día mueren 4 jóvenes, en España, entre 15 y 29 años, lo que alcanza a una cifra de 1.387 muertes anuales (datos del 2005), por esta causa en este segmento de edad, sin dejar de mencionar que otros 8.000 resultan gravemente heridos.

Los jóvenes representan en España el 20% de la población, el 30% de los muertos en carretera y el 40% de los heridos graves. De tal manera que los accidentes de tráfico es la primera causa de muerte de los jóvenes, por delante del SIDA y de las drogas.

Los chicos tienen una tasa de mortalidad en accidentes de tráfico del 25,9%, cuatro veces superior a la de las mujeres (6,8%) y más del 40% de los jóvenes muertos en accidente, en 2004, dieron alcoholemias positivas y elevadas. Aunque el coste de una vida y el precio del dolor no se pueden calcular se estima que los accidentes de tráfico en los jóvenes tuvieron en 2004 un coste estimado de 4.174 millones de euros equivalente casi al 0.5% del PIB y suponen el 50% del resto del coste de los accidentes de tráfico totales que en 2005 ascendió a 8.905 millones de euros, prácticamente el 1% del PIB.

Los trastornos psicológicos y de forma especial los trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa y la bulimia en sus distintas variedades se están detectando de forma particularmente significativa y alarmante, especialmente en chicas pre y adolescentes con las graves consecuencias que esta

patología supone para su calidad de vida y por su morbi-mortalidad. La atención, asistencia y tratamiento de estas patologías son especialmente complejas y presentan un significativo porcentaje de fracasos.

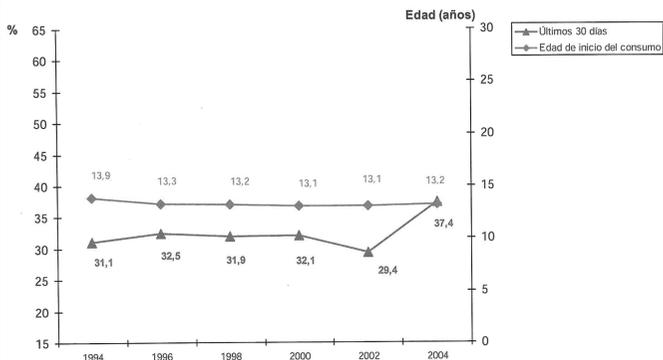
Trastornos tales como la depresión y su más frecuente consecuencia el suicidio en adolescentes son cada vez más frecuentes en nuestra sociedad y se incrementan de forma paralela.

Las tasas de suicidio en España son del 5 por 100.000 habitantes, mientras la media europea alcanza la cifra de 20 y en Hungría sube hasta 43 por 100.000 siendo la más alta de la U.E. Aunque existen factores bioquímicos y hereditarios en estas conductas, también pueden influir una mayor competitividad de la sociedad, la pérdida de referencia de la familia nuclear, menor interrelación de los padres, etc., factores sobre los cuales podemos influir.

La violencia en los niños y especialmente en los adolescentes se está mostrando como un problema de creciente gravedad en nuestra sociedad actual. Los medios de comunicación nos traen constantemente noticias de agresiones físicas, verbales, psicológicas; cuando no violaciones e incluso muertes violentas. Esta violencia se desarrolla no solo en la calle, de forma aislada o bien organizada por pandillas o “maras” de origen latinoamericano que están presentes en España, sino también en los Centros escolares. Se trata de grupos constituidos por chicos inmaduros, con fracaso escolar, insatisfechos, violentos, que carecen de afecto familiar y con escasa integración social, cuyas vidas vacías de sentido y carentes de proyecto, se expresan en actitudes de gamberrismo, pintando fachadas, destruyendo mobiliario urbano, quemando contenedores, automóviles, y está llegando muchas veces a comportamientos criminales y al asesinato. La solución de estos problemas es extraordinariamente difícil y debemos centrarnos en su prevención que se basa en el papel educativo de la familia, el respeto a los principios, la educación en los valores, la rehabilitación de la autoridad de los profesores y la promoción de las virtudes humanas.

Íntimamente relacionado con esta problemática están el consumo de tabaco, alcohol y drogas. El tabaco, a pesar de ser universalmente conocidos, sus efectos nocivos, constituye uno de los tóxicos sociales más tolerado y de uso extendido. Es especialmente preocupante que a la edad de 13 años más del 30% de los escolares entre 14 y 18 años fumen, con un incremento que llega al 37,4% en el año 2004 (Cuadro 3) Conviene recordar que el tabaco es en muchas ocasiones la “puerta de entrada” para el consumo de otros tóxicos más dañinos.

Prevalencia de consumo de tabaco y edad de inicio del consumo en los escolares de 14 a 18 años. España (%). 1994 - 2004

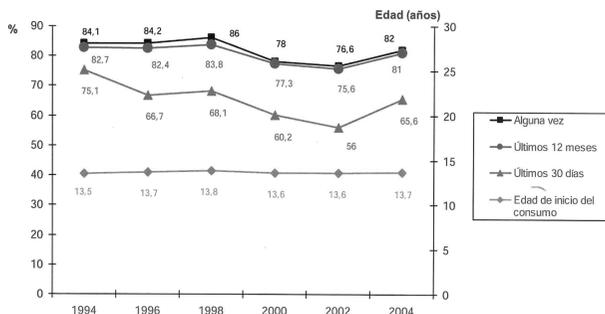


FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Escolar 1994-2004.

Cuadro 3

Respecto al consumo de bebidas alcohólicas entre los 14 y 18 años las 2/3 partes de estos escolares han consumido alcohol en los últimos 30 días y más del 80% lo han hecho en el último año o en alguna ocasión. (Cuadro 4) La prevalencia de borracheras entre los estudiantes de Enseñanza Media de 14 a 18 años en ambos sexos en los últimos 30 días es del 25,6%, en los últimos 12 meses del 45,6% y alguna vez en la vida del 55,3%. Los tipos de bebidas alcohólicas consumidas en estos mismos estudiantes son sobre todos combinados, seguidos de cerveza, vino y licores.

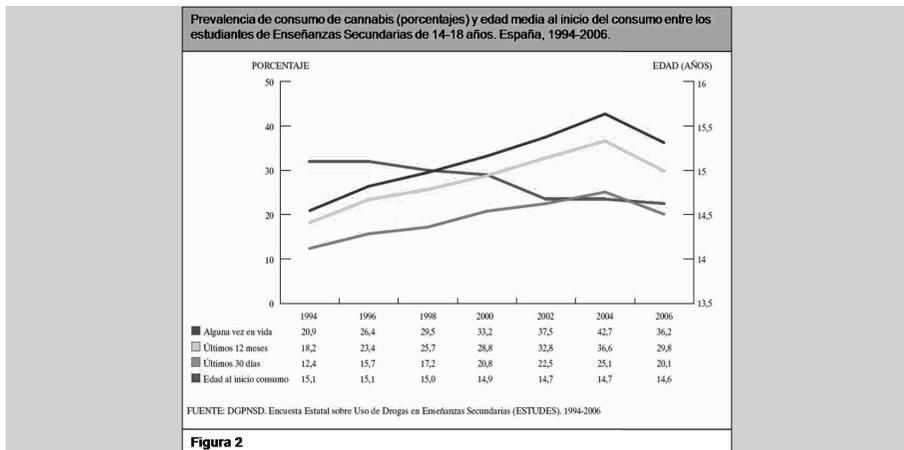
Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas y edad de inicio al consumo en los escolares de 14 a 18 años. España 1994 - 2004.



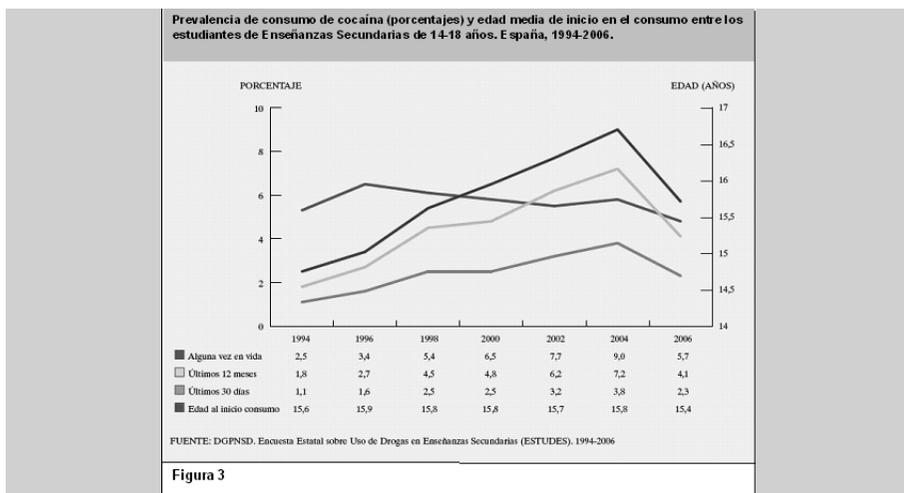
FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Escolar 1994-2004.

Cuadro 4

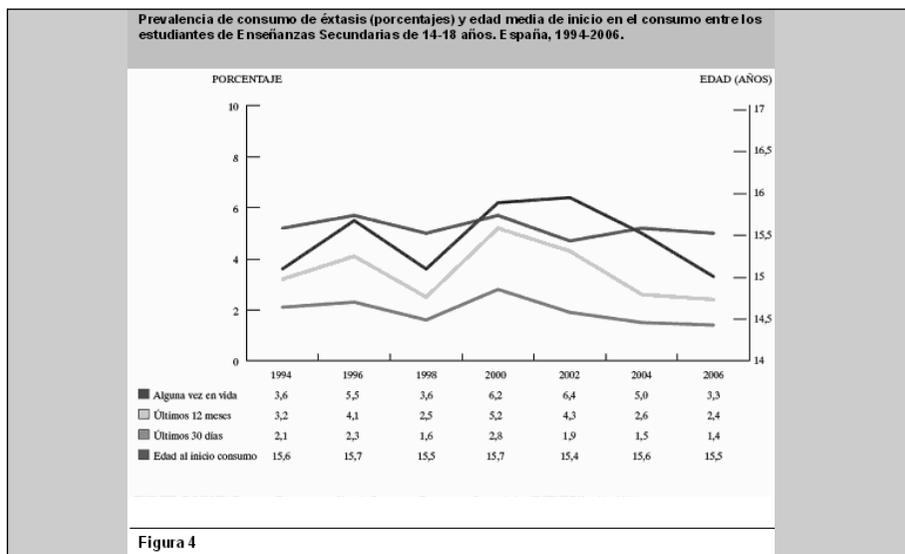
El cannabis es la droga ilegal más consumida por los estudiantes de 14 a 18 años, con gran diferencia sobre las demás. En 2006 un 36,2% la había consumido alguna vez en su vida, un 29,8% en el último año y un 21% en los últimos 30 días, y la edad media del inicio del consumo era de 14,6 años. (Figura 2) La frecuencia del consumo de cannabis se incrementa con la edad desde los 14 a los 18 años.



El consumo de cocaína (Figura 3) es, después del cannabis, el más extendido entre los estudiantes de 14 a 18 años, aunque se aprecia un cierto descenso. Un 5,7% lo ha consumido alguna vez en su vida, un 4,1% en los últimos 12 meses y un 2,3% en el último mes. La edad media al inicio del consumo de cocaína fue a los 15,4 años.



El consumo de éxtasis (Figura 4), denominación genérica para varias drogas sintéticas estimulantes derivadas de la feniletilamina, también debe ser tomado en consideración, ya que el 3,3% de estudiantes de secundaria lo habían consumido alguna vez en la vida, el 2,4% en el último año y el 1,4% en el último mes.

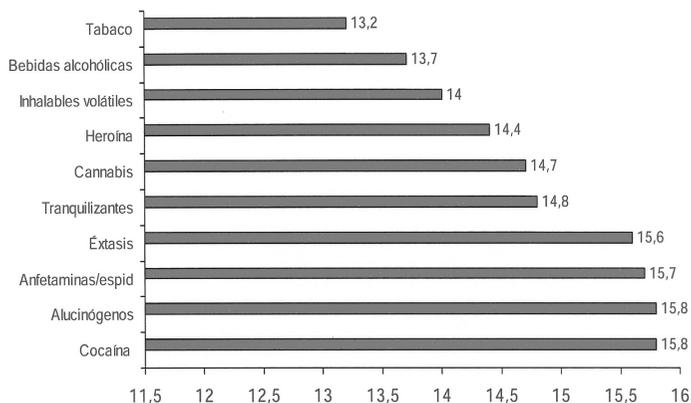


La heroína es una droga menos consumida por los estudiantes de 14 a 18 años. En 2006, el 1% la había consumido alguna vez en su vida, el 0,8% en el último año y un 0,5% en el último mes, y sobre todo por parte de los hombres. La edad media del consumo de heroína fue a los 14,5 años.

Cuando se estudió la edad media de inicio en el consumo de tóxicos y/o drogas, esta va de edades entre 13,2 años para el tabaco y 15,8 años para la cocaína. (Figura 5)

Por otra parte es preocupante el elevado porcentaje de estudiantes de 14 a 18 años que piensan que les sería fácil o muy fácil conseguir cada droga si quisieran. (Figura 6)

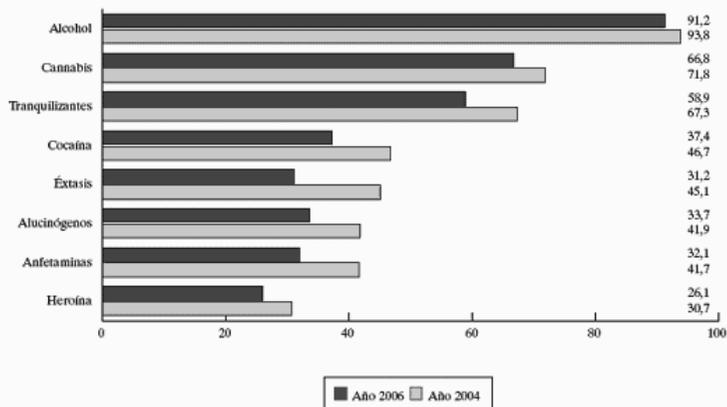
Edades medias de inicio en el consumo de distintas drogas psicoactivas entre los estudiantes de 14-18 años. España 2004.



FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Escolar 2004.

Figura 5

Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que piensan que les sería fácil o muy fácil conseguir cada droga si quisieran (%). España, 004-2006.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 2004-2006.

Figura 6

Otro aspecto especialmente grave son los relacionados con la esfera sexual en los adolescentes dentro de los cuales se incluyen los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual, la infección por el VHB, por el VIH, etc. Hay que tener en cuenta que la banalización del sexo es una triste realidad en la sociedad actual y las consecuencias que se derivan de estas conductas tienen trascendencias no solo personales y familiares, sino que también repercuten en todo el tejido social.

El maltrato infantil en sus distintas variedades, no solo el físico, constituyen un gravísimo problema en todos los países, por la elevada morbi-mortalidad a la que da lugar y por las repercusiones psicológicas que tiene sobre los niños que lo sufren. La detección de los factores de riesgo en las familias será una tarea prioritaria para la prevención del maltrato.

La obesidad y el sobrepeso, constituyen otro reto no solo en las sociedades desarrolladas. Se considera que estos cuadros van a ser la “gran epidemia del siglo XXI” y sus repercusiones en la calidad de vida y en la salud de la población ya están teniendo un efecto extraordinariamente grave, ya que podemos afirmar que la obesidad es “la madre de todas las enfermedades”. Solo con una dieta equilibrada y saludable, recurriendo a una alimentación proporcionada, en la que se tenga en cuenta “la pirámide de la alimentación” y estimulando la actividad física que debe prolongarse, adaptándose a la edad, el resto de la vida podremos prevenir estas graves situaciones.

Los trasplantes de órganos constituyen en la actualidad una alternativa extraordinariamente eficaz para enfermos con graves lesiones de órganos vitales, que ha cambiado radicalmente el pronóstico de patologías que hace solo pocas décadas eran obligadamente letales. Nuestro país es modélico a nivel mundial en trasplantes de órganos y los datos a fecha de Octubre de 2004, a los 25 años, de la puesta en marcha de la ley de trasplantes arroja unos resultados muy satisfactorios con un progresivo incremento de los mismos. (Figura 7)

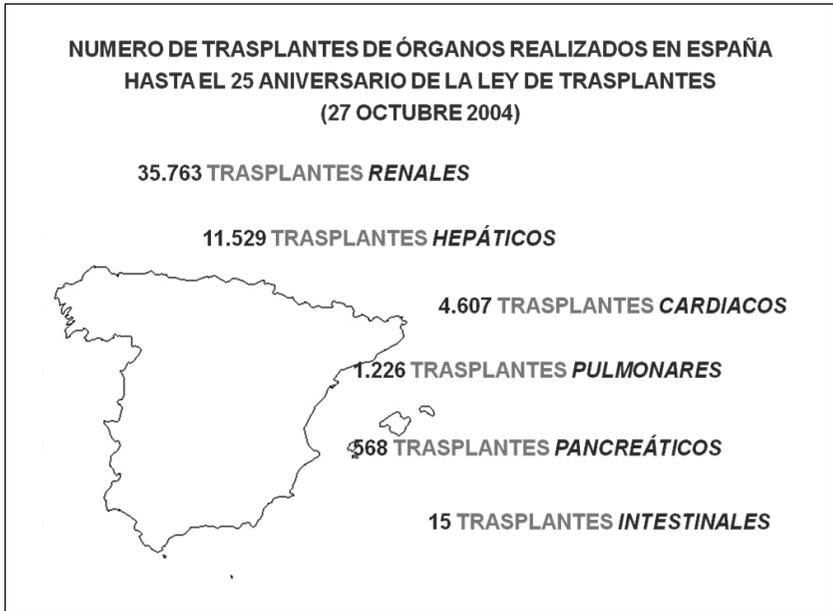


Figura 7

El mantenimiento de las altas coberturas vacunales y la incorporación de nuevas vacunas son otro objetivo obligado a alcanzar. Hoy disponemos de un gran número de vacunas extraordinariamente eficaces y seguras que han permitido erradicar o disminuir de forma espectacular enfermedades infecciosas que constituían causas muy importantes de morbi-mortalidad infantil y que desgraciadamente lo siguen siendo en los países en desarrollo. La aplicación universal de los calendarios vacunales como el que propone en nuestro país, la Asociación Española de Pediatría (AEP) permite proteger a nuestros niños y adolescentes frente a un gran número de enfermedades prevenibles con una extraordinaria eficacia.

Otro reto a alcanzar es el de ofrecer una asistencia pediátrica universal tanto a la población autóctona como a la emigrante, desde el nacimiento hasta el final de la adolescencia, de tal manera que la edad adulta se alcance en condiciones óptimas, tanto desde el punto de vista de salud física como mental y espiritual. El gran número de emigrantes que hoy tiene nuestro país, de distintas procedencia y culturas supone una dificultad que debemos afrontar con nuestra mejor disposición, siendo conscientes que necesita recursos, dedicación y respeto.

No queremos finalizar los problemas que existen en los países desarrollados sin comentar la absoluta necesidad de la promoción de los hábitos saludables. Hay que tener en cuenta que la salud es un problema de Estado y que ésta debe ser cuidadosamente mantenida mediante una dieta equilibrada, la promoción de la actividad física, la aplicación de vacunaciones, la evitación de accidentes y el consumo de tóxico y porque no decirlo, mediante la promoción de las virtudes humanas. Los Pediatras tan preocupados por la salud física de los niños y adolescentes debemos insistir en la promoción de estas virtudes, ya que la salud no solo es la ausencia de enfermedad sino también el equilibrio psicológico y moral. Nuestros niños deben ser educados en los valores del esfuerzo, del respeto al trabajo, el compañerismo, de la responsabilidad en las normas morales y de convivencia, en las obligaciones, en el respeto a sus padres, a los maestros, a sus mayores, estimulando su espíritu de superación, respeto al medio ambiente e inculcándole comportamientos saludables de cuerpo y de espíritu, ya que solo de esta forma conseguiremos una sociedad más justa, más solidaria y en definitiva más armónica y feliz.

Sólo de esta forma nuestros niños y jóvenes podrán adquirir una escala de valores, de tal manera que sus objetivos a alcanzar y las imágenes a imitar tengan los perfiles morales adecuados. Solo así conseguiremos que los líderes de la juventud tengan características que tienen poco que ver con los arquetipos actuales.

En los países desarrollados la esperanza de vida está creciendo de forma muy significativa y viene a ser prácticamente el doble de la de los países en desarrollo (Figura 8). Mientras que en 1950 el 10% de la población era en éstos últimos, mayor de 65 años, en 2050 será el 30%. (Figura 9). Esta población mayor se concentra fundamentalmente en los países desarrollados con las implicaciones sanitarias, sociales, laborales y económicas que supone el envejecimiento de la población.

Expectativas de vida según zonas geográficas.

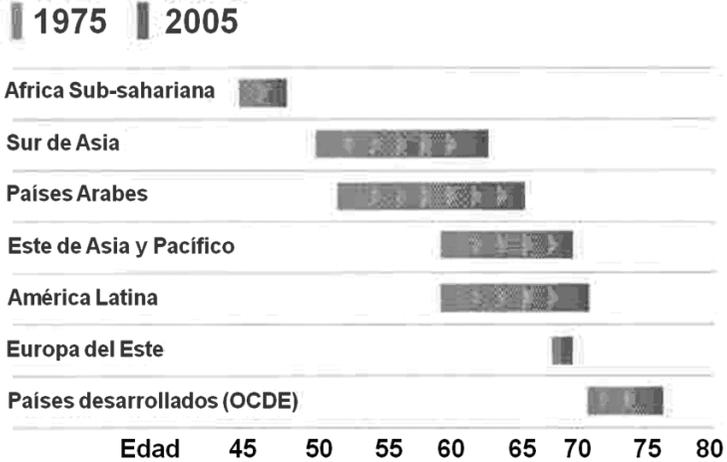


Figura 8



Figura 9

Los problemas específicos de los países en desarrollo (Cuadro 5) están claramente relacionados con la malnutrición en sus diferentes variedades y/o presencia de enfermedades infecciosas relacionadas con una alimentación insuficiente, con unas condiciones higiénico-sanitarias muy precarias y con una falta de medidas preventivas (déficit de programas vacunales, disponibilidad de agua potable, hacinamiento, etc.), que condicionan el círculo vicioso de malnutrición-infección-malnutrición, originando lo que ha venido a llamarse “círculo infernal de la pobreza”. Enfermedades como la diarrea aguda, la malaria, tuberculosis, sarampión, tétanos, etc. dan lugar a millones de muertes en niños, que serían perfectamente evitables con recursos actualmente disponibles y si se aplicaran de forma universal y solidaria. De hecho la mortalidad infantil en estos países tiene unas causas radicalmente distintas a la de los países desarrollados. (Figura 10)

PRINCIPALES PROBLEMAS DE LA PEDIATRIA CLINICA Y PREVENTIVA (*)

PAISES EN DESARROLLO
<ul style="list-style-type: none"> * Malnutrición: Marasmo. Kwashiorkor. * Infecciones <ul style="list-style-type: none"> - SIDA - Malaria - Infecciones respiratorias. Neumonías - Tuberculosis - Hepatitis B - Diarreas agudas. Cólera - Enfermedades exantemáticas - Tétanos. Poliomielitís. Difteria - Parasitosis intestinales. Otras parasitosis * Difusión universal de las Vacunas * Hemopatías <ul style="list-style-type: none"> - Anemias (ferropénicas, otras) - Hemoglobinopatías (Drepanocitosis, Talasemias, otras) - Déficit enzimático (G-6-P-D, Piruvatokinasa, etc.) * Patología social
(*) según Delgado A.
Cuadro 5

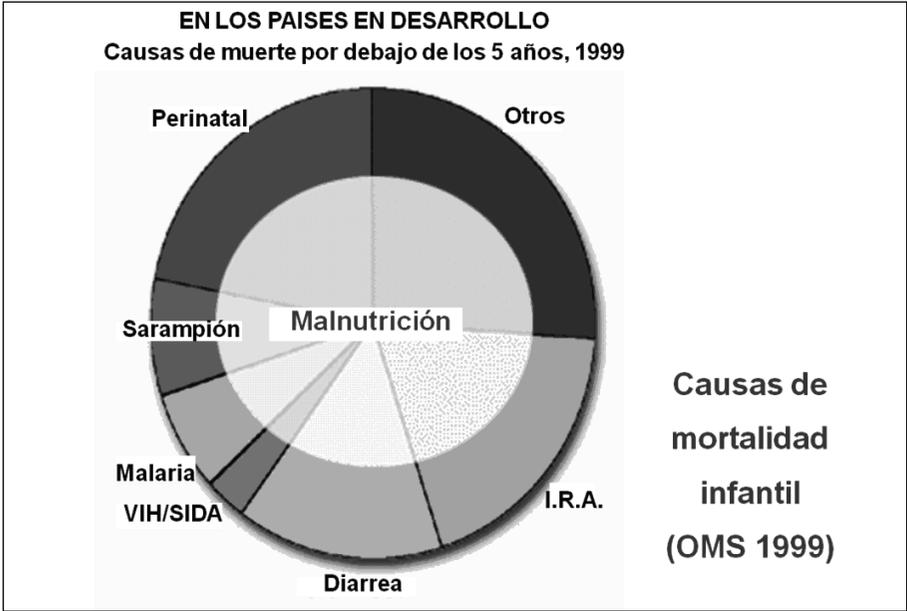


Figura 10

La deficiente escolarización, la ausencia de oportunidades, la explotación laboral y muchas veces sexual de los niños y adolescentes de estos países, supone un futuro sin salida que impide mantener cualquier tipo de esperanza en estas sociedades tan desfavorecidas.

En el Cuadro 6 recogemos cuales serían los objetivos médico-sociales de protección a niños y adolescentes que deberíamos plantearlos al inicio del siglo XXI. Estos retos deben ser asumidos de forma urgente y solidaria, sin más pérdida de tiempo, ya que esto significa vidas humanas. Es necesario generar iniciativas para solucionar estas dificultades declarando oficialmente una guerra a la pobreza y dedicando recursos a esta lucha de forma racional, ordenada y generosa para redimir de la pobreza, de la enfermedad y de la miseria a los más desfavorecidos.

OBJETIVOS MEDICO-SOCIALES DE PROTECCION A NIÑOS Y ADOLESCENTES AL INICIO DEL SIGLO XXI.

PAISES DESARROLLADOS	PAISES EN DESARROLLO
<ul style="list-style-type: none"> • Erradicación enfermedades infecciosas propias de la infancia (Polio. Sarampión. Rubéola. Parotiditis, etc.) • Universalización calendarios vacunales • Sobrepeso/Obesidad. Anorexia/Bulimia • Accidentes tráfico. Patología crónica • Universalización diagnóstico prenatal. Consejo Genético • Prevención malformaciones y deficiencias • Terapia Génica. Trasplantes órganos • Lucha contra: Tabaco. Alcohol. Drogas • Hábitos saludables. Dieta. Ejercicio • ETS: SIDA, VHB, Herpes, etc. y embarazos indeseados • Población inmigrante-marginal: 4º Mundo • Programas de ayuda al 3º Mundo 	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a agua potable y mejoría de condiciones higiénicas • Acceso a alimentos. Malnutrición. • Acceso a medicamentos, vitaminas, nutrientes • Diarrea aguda. Deshidratación • SIDA. Malaria. Tuberculosis. VHB • Disminución enfermedades propias de la infancia • Aumento coberturas vacunales • Accidentes domésticos e intoxicaciones • Protección social. Explotación laboral, sexual, etc. • Desplazamiento. Catástrofes • Conflictos armados y étnicos • Buena gestión recursos y ayudas. Lucha contra la corrupción
Cuadro 6	

Alfonso Delgado Rubio, es Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Navarra, Doctor en Medicina con calificación de Premio Extraordinario por la misma Universidad. Especialista en Pediatría por el I. G. Gaslini de la Universidad de Génova y por la Universidad de Navarra. Ha sido Profesor Agregado de la Universidad de Sevilla (1979-1981) y Catedrático de Pediatría por la Universidad del País Vasco (1981-2008).

En la actualidad es Catedrático de Pediatría de la Universidad CEU San Pablo y Director del Departamento de Pediatría en el Grupo Hospital de Madrid. Visiting Professor en la George Washington University (1989-1990). Es autor de 210 trabajos científicos publicados en revistas Médicas tanto nacionales como extranjeras. Ha dictado hasta el momento 315 conferencias en 22 países europeos y americanos. Es autor de 31 libros y 43 monografías sobre distintos temas de Pediatría. Ha sido Presidente de la Asociación Española de Pediatría de 1998 a 2009.