CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS CON FISURAS LABIOPALATINAS. CLINICA NOEL MEDELLIN, 1990 - 1991

*J.M. Alfaro V.**

PALABRAS CLAVES: Crecimiento y Desarrollo-Fisuras Labiopalatinas-Implantes protésicos

RESUMEN

Estudio longitudinal, descriptivo, en un Hospital Pediátrico sobre el crecimiento y desarrollo en niños menores de 4 meses con fisuras labiopalatinas, vinculados al programa de labio y paladar hendido; se evaluaron mediante mediciones antropométricas (peso y talla) hasta el cuarto mes por tipo de fisura, los factores de riesgo en puericultura, los cambios familiares, e interrogatorio a las madres sobre normas y técnicas de alimentación.

Los resultados fueron: 76% no recibieron alimento materno por succión (principal factor de riesgo); el 32.5% cambiaron repetidamente de sistema y tipo de leche, en el 35% sus madres desconocieron normas confiables de asistencia infantil, y el 17% superaron el percentil 50 para el peso, según las gráficas institucionales recomendadas por la OMS (Organización Mundial de la Salud) y el ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) para la vigilancia epidemiológica nutricional.

Recibieron implante protésico antes del cuarto mes 25% de los afectados de fisuras palatales, quienes a pesar de la educación impartida, padecieron deficiencias en peso.

El no recibir seno materno por succión, a pesar del manejo con un grupo multidisciplinario y lo incompetente del mecanismo oral de succión, es razón para evaluar la eficiencia de los implantes protésicos en las fisuras palatales e incluir a toda la población de afectados.

SUMMARY

Descriptive longitudinal study in a Padiatric Hospital of the growing and development in children younger that 4 months with queilo and palatosquisis vinculated at the program of lip and palate fissure. They were evaluated according to antropometric mesurements (weight and size), the factors of risk in puericulture, the family changes, and questioning the mothers over norms and tecnichs of feeding.

The results were: 76% didn't receive maternal feeding by suction (the principal risk factor); 32% changed repetidly the system and type of milk, 35% of the mothers ignored reliable infant asistance norm and 17% surpassed the 50 percentil for the weight recomended by the WHO (World Health Organization) to the ICBF (Colombian Institute of Family Welfare Work), according to the institutional graphics for the nutritional epidemiologic vigilance.

25% of the affected by palatal fissures received protesic implant before the fourth month, who in spite of the imparted education, suffered deficiencies in weight.

* Dr. Juan Manuel Alfaro V.
Residente de Pediatría
Facultad de Medicina
Instituto de Ciencias de la Salud CES

Asesor: Dr. José Iván Ramírez Z.
Medellín, Colombia

Not receiving maternal breast by suction, in spite of the management with a multidiplicionary group and the incompetence of the oral mechanism of suction, is reason to evaluate the efficiency of the protesic implants in the palate fissures and include all the population affected.

KEY WORDS: Growing and Development - Palatal and labial fissures - Prostetic Implant

INTRODUCCION

El desconocimiento de elementos certeros de juicio sobre temas de nutrición, crecimiento, comportamiento, neurodesarrollo, etc., para POBLACIONES DE RIESGO, motivó la presente investigación. El pediatra manejará en desarrollo de su profesión, a niños con desventajas fisiológicas y morfológicas (compromiso tanto de órgano como de función) bajo condicionamiento de promedios, que persistentemente no conoce o con la perspectiva de estar adaptando normas aún no clarificadas específicamente para su población.

Este desconocimiento implícito para los niños que nacen con fisuras labiopalatinas, invitó a la ejecución de este trabajo, tratando en él de conocer y evaluar los principales cambios antropométricos registrables durante los primeros 4 meses de vida, período en el cual estos niños sufren el más profundo retraso en las ganancias para su peso y talla comparativamente con la población sana (1, 2, 3, 4, 5). Estos 120 primeros días son trascendentales en la vida de todo ser humano, entregado a una realidad familiar ignorada pero que en la instancia final será quien los maneje.

En este intervalo de vida se observaron los hechos cumplidos referentes al registro del incremento en peso y talla, su variación promedio de ganancia, y se elaboró una correlación con sencillos procederes de puericultura referentes específicamente al tipo de alimento recibido y los medios con los cuales este aporte nutritivo fue ejecutado. Se acercó al conocimiento de la realidad familiar y el impacto afectivo que acarrea un niño con fisuras labiales y/o palatales, más los cambio del entorno mismo familiar que se pudieran registrar con razón al advenimiento de un hijo en estas circunstancias.

El estudio revela los cambios registrados para la población afectada de una de las malformaciones más frecuentes (1, 6), brindando información descriptiva que allane el vacío académico y cultural que inesperadamente será materia de asesoría para cualquier trabajador de la salud. Secundariamente mostrará las principales relaciones de tales cambios con los sistemas de alimentación aprobados para el afectado, y si hay o no algún beneficio en escoger el tipo de alimentación a ofrecer, lo mismo que la inducción y facilitación del mecanismo succionador, la frecuencia en la insistente alimentación, la adecuación de implantes y finalmente algunas aproximaciones a los cambios en la situación familiar del afectado.

Se presentará adicionalmente información sobre los diferentes tipos de defectos para una población evaluada y manejada en el Hospital Infantil NOEL de la ciudad de MEDELLIN entre diciembre de 1990 y noviembre de 1991, centro de Referencia para Antioquia y parte de la zona noroccidental de Colombia.

METODOLOGIA

El estudio se realizó como longitudinal descriptivo bajo un criterio de análisis periódico y con el fundamento de ser observacional. Se observaron prospectivamente en un año niños que asistieron al servicio de consulta externa general del Hospital Infantil NOEL antes de los seis meses de vida, y fueron vinculados a su "Programa de Labio y Paladar Hendido" - Medellín, Colombia.

Para la determinación de la muestra se tomaron todos los menores de seis meses con fisuras labiales y/o palatales que asistían por primera vez a la consulta externa durante el período diciembre de 1990 a noviembre de 1991 y que luego del primer examen revelaron no ser pertenecientes a un síndrome específico alguno; 66 menores fueron valorados y 3 fueron excluidos por malformaciones múltiples, se excluyeron aquellos que consultando por primera vez a esta institución, habían pasado su primer semestre de vida, quienes no tuvieran un registro antropométrico de su período neonatal, quienes eran prematuros (menor de 37 semanas), y quienes fallecieron en el período neonatal (0 a 28 días).

Se clasificaron por fecha de ingreso y número de orden, además, por tipo de fisura labiopalatina así:

Fisura (s) Labial (es) únicamente

Fisura (s) Palatal (es) únicamente

Fisura (s) Labial (es) y Palatal (es).

Se practicó seguimiento antropométrico (peso y talla) según la edad, dependiente de la consulta externa de la institución, más confrontación del cuestionario telefónicamente, y por extracción de datos en la historia clínica individual hasta los 4 meses de vida. Se registraron entonces entre 1 y 3 medidas antropométricas por paciente, además del registro neonatal, más la determinación de información secuencial sobre la alimentación (tipo - frecuencia - cambios - duración), puericultura y situación familiar. Se realizó acopio de información individual en la medida en que los eventos ocurrían durante el tiempo de observación (edad), registrando los cambios en las variables a lo largo de este período.

Todos los datos antropométricos fueron comprobados con los gráficos elaborados por el ICBF para utilización institucional, gráficos seleccionados como quiera que son los recomendados por la OMS en cuanto peso para la edad y talla para la edad por sexo, para menores de 7 años, como registro principal del estado de crecimiento físico y de salud, orientándose hacia la vigilancia epidemiológica nutricional individual en Colombia.

El formulario contiene treinta y cuatro variables previamente operacionalizadas como siguen: 10 para medidas antropométricas (peso y talla), una para sexo, procedencia, tipo de fisura respectiva, una para el estado civil de la madre, una para el número total de hijos, 9 para puericultura general, 7 para valorar la situación familiar y 2 para las patologías asociadas al tipo de defecto.

El análisis se realizó por distribución de frecuencias en un programa EPI-INFO de un computador CLON compatible con IBM y con la utilización de métodos y análisis de regresión lineal.

RESULTADOS

La distribución por tipo de fisura fue: Fisura labial únicamente 19%, Fisura palatal únicamente 17.5%, Fisuras labiales y palatinas 63.5%. El 81% de los afectados tenía por lo menos Fisura palatal independiente de su asociación o no labial (Gráfica 1).

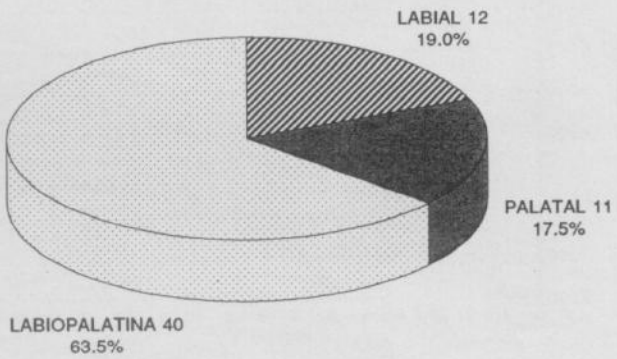
El promedio de edad para las madres fue de 25.33 años y el de las madres con hijos afectados de ambas fisuras fue del 25.06 años, teniendo en cuenta que es la más frecuente presentación de los 3 grupos malformativos.

El promedio de peso para los 63 niños fue del 3077.06 gms., que se desglosa en un promedio para varoncitos de 3163.16 gms. y para las niñas de 2982.33 gms.; la talla promedio para esta misma población al nacer fue de 49.69 cms. en varones y 49.13 cms. en las niñas, para un promedio conjunto de 49.42 cms.

GRAFICA 1.

DISTRIBUCION DE NIÑOS CON FISURAS LABIOPALATINAS SEGUN TIPO DE FISURA MEDELLIN 1990 - 1991

CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS CON FISURAS LABIOPALATINAS



El número de hijos en promedio antes del nacimiento del niño afectado fue de 1.8 y 27% de estas madres estaban pasando por el advenimiento del primer hijo (el afectado) con una edad promedio de 20.24 años.

El comportamiento de las medidas antropométricas integralmente valoradas durante el seguimiento de 4 meses y referenciadas dentro de los percentiles 25, 50 y 97.5 se muestran en las Gráficas 2 y 3 (para el peso según el sexo), y en las Gráficas 4 y 5 (para la talla según el sexo); las 3 presentaciones de la malformación al compararlas entre sí (Gráficas 6 y 7), reflejan el cambio para la talla según la fisura durante 4 meses de seguimiento, además de la falta de progresión de peso para la doble lesión y el sorpresivo comportamiento en la fisura palatal individual.

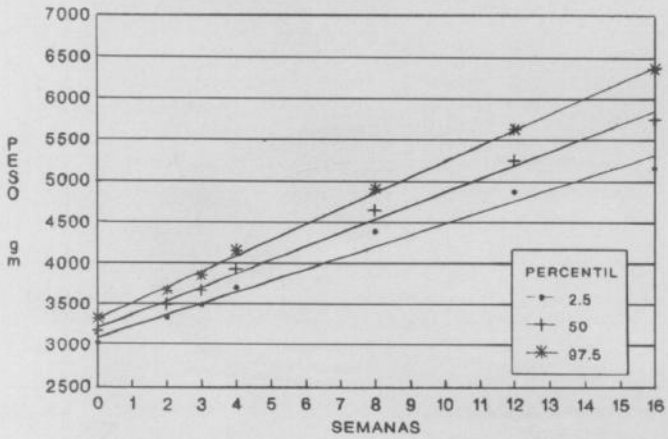
51 niños tenían compromiso palatal (40 con fisura conjunta palatal y labial, más 11 con sólo fisura palatal).

En 36 niños sin implante, y con fisura palatal, la ganancia promedio mensual fue de 709 gms/mes (hasta el 4o. mes cumplido), que equivale a 23.6 gms/día; todos los niños con fisuras palatinas tuvie-

ron una ganancia promedio de 711 gms/mes (23.7 gms/día) durante los primeros 4 meses de su vida; para los 12 niños con fisura sólo labial, la ganancia promedio/mes hasta el 4o. mes fue de 606 gms. (26.9 gms/día) que reporta un incremento de aproximadamente 100 gms/mes más que los anteriores.

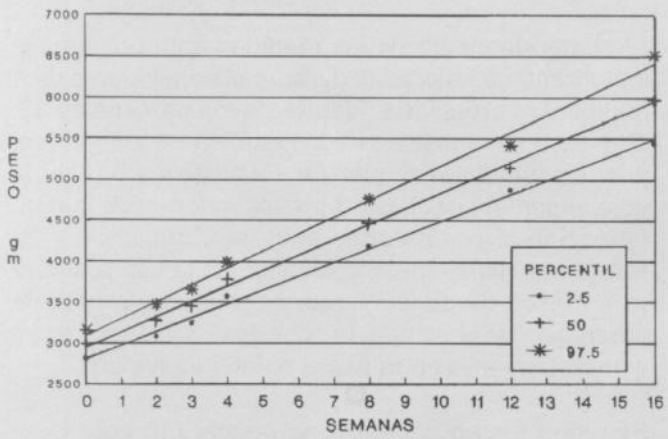
GRAFICA 2

COMPORTAMIENTO DE LA GANANCIA EN PESO CRECIMIENTO EN NIÑOS LACTANTES CON FISURAS LABIO-PALATINAS MEDELLIN, 1990 - 1991



GRAFICA 3

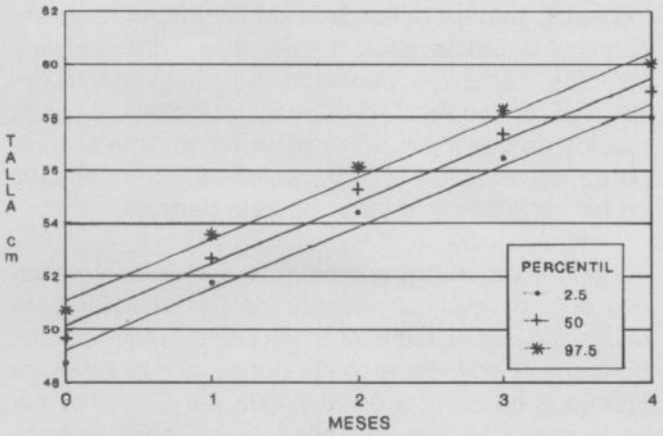
COMPORTAMIENTO DE LA GANANCIA EN PESO CRECIMIENTO EN NIÑAS LACTANTES CON FISURAS LABIO-PALATINAS MEDELLIN, 1990 - 1991



La rata de ganancia de peso en gramos al día previo al uso del implante fue de 18.4 gms/día, pasando a 25.5 gms/día una vez se le colocó la prótesis. El incremento en gramos al día para los niños sin implante y en las edades de 60 a 120 días fue de 21.17 gms/día.

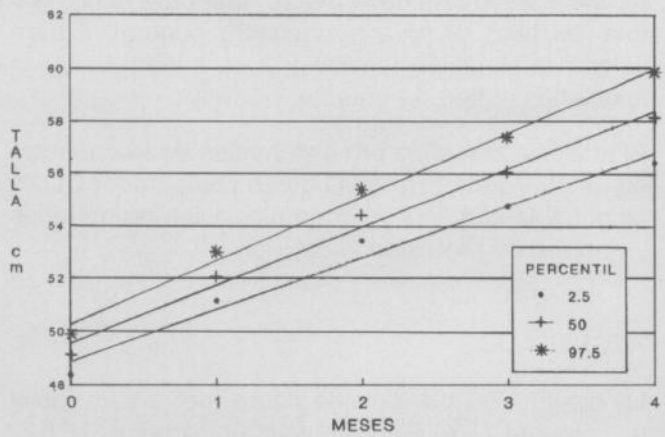
GRAFICA 4

COMPORTAMIENTO DE LA GANANCIA EN TALLA CRECIMIENTO EN NIÑOS LACTANTES CON FISURAS LABIO-PALATINAS MEDELLIN, 1990 - 1991



GRAFICA 5

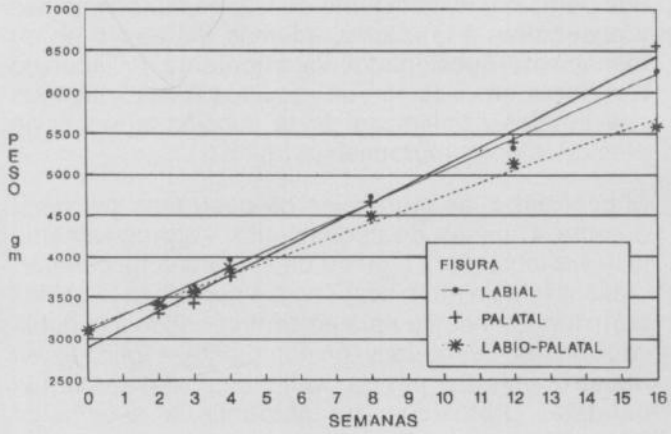
COMPORTAMIENTO DE LA GANANCIA EN TALLA CRECIMIENTO EN NIÑAS LACTANTES CON FISURAS LABIO-PALATINAS MEDELLIN, 1990 - 1991



El 97.5% de los varoncitos afectados al nacer tienen una talla que se ubica en el correspondiente percentil 20 de los niños normales, referenciados con las rejillas de "Patrón de referencia internacional recomendados por la OMS", sistema adoptado por ICBF en la subdirección de nutrición para menores de 7 años (7); el 97.5% de las niñas afectadas al nacer, tienen una talla que se ubica en el intervalo percentil 20 al percentil 50 de los niños normales, referenciadas en las mismas rejillas.

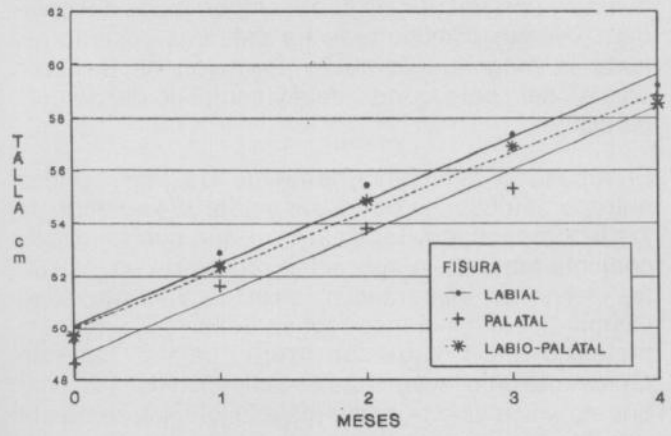
GRAFICA 6

COMPORTAMIENTO DE LA GANANCIA EN PESO CRECIMIENTO EN NIÑOS LACTANTES CON FISURAS LABIO-PALATINAS MEDELLIN, 1990 - 1991



GRAFICA 7

COMPORTAMIENTO DE LA GANANCIA EN TALLA CRECIMIENTO EN NIÑOS LACTANTES CON FISURAS LABIO-PALATINAS MEDELLIN, 1990 - 1991

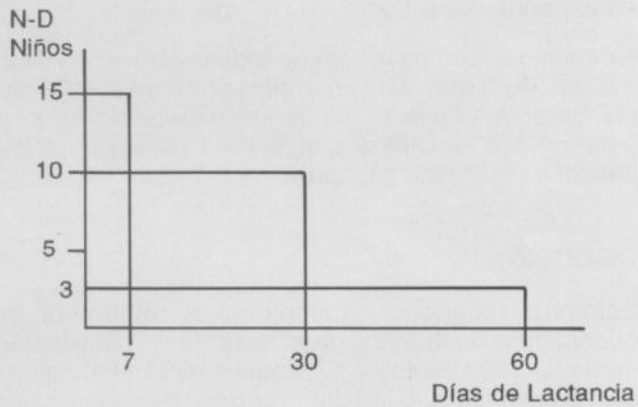


Las leches y los sistemas de lactancia registrados y valorados hasta el cumplimiento de la 8a. semana de vida (objetivo propuesto) fueron analizados para el 70% de los encuestados (23 niñas y 21 niños). El tipo de leche (globalmente) que recibieron el 33.3% de las niñas durante su primera semana de vida fue sólo leche materna al seno, porcentaje que en los niños fue discretamente superior, un 34.8%; los alimentados solamente al seno y en forma constante, desde que nacen hasta la primera semana son el 34.1%. El 45% de los encuestados recibieron en algún momento de su evaluación en la primera semana, leche materna y un 18% la tomaron más esporádicamente, bajo cualquier sistema de administración.

La Gráfica 8 ilustra el grado de deserción en el uso del seno materno por succión. Su promedio de ganancia en peso diario al abandonar el sistema por succión pasó de 34.8 gms/día a 28.1 gms/día. El 32% de los evaluados nunca recibieron leche materna por sistema alguno, y su ganancia en peso al día fue de 21.35 gms.

GRAFICA 8

Persistencia en la lactancia al seno materno en niños con fisuras labiopalatinas. Crecimiento y desarrollo en niños con fisuras labiopalatinas. Medellín 1990 - 1991



Tres pacientes tuvieron peso y talla inferiores al percentil 3 para la edad al 4o. mes y tan sólo un paciente tuvo peso y talla superior al percentil 50 de las rejillas OMS - ICBF. Este último paciente fue alimentado al seno por succión cada 2 horas y presentaba fisura labial únicamente.

El 95% de los encuestados recibieron más de 1 onza de leche (30 c.c.) hasta la 8a. semana de vida cada vez que se les alimentó; en las primeras 4 semanas, el tiempo empleado en lactar al niño fue menor de 15 minutos en el 60.5% de los casos y de más de 15 minutos en el 39.5% de los casos. Esta proporción pasó durante el 2o. mes a 73.8% quienes seguían empleando menos de 15 minutos en lactar y al 26.2% los que superaban tal tiempo.

Los niños que siempre recibieron su alimento durante por lo menos 15 minutos cada sesión, su ganancia promedio día fue de 26.57 gms. usando un sistema que les aportaba fundamentalmente fórmula maternizada por succión.

En 2 de 44 madres encuestadas se registró disolución y separación del vínculo con el padre del afectado. El 43% de los padres en estos hogares prefieren no participar del cuidado de sus hijos.

3/4 de las encuestadas no desean concebir más y el promedio de hijos en estas familias es de 3.2, con una media por madre de 26.2 años. Este grupo incluye 1/3 de madres primigestantes con una edad promedio de 20.8 años.

En 8 hogares de 41, se habían incrementado las discusiones familiares entre los padres al finalizar el 2o. mes de vida del hijo, y 37% de estas familias ahora tenían menos ingresos económicos como consecuencia de este nacimiento.

Un 10% de los niños afectados habían registrado patología de oído medio en sus 8 primeras semanas de vida, un 20% de los niños afectados habían registrado patología pulmonar asociada a la auscultación en las primeras 8 semanas de vida.

3 de 4 niños con patología de oído medio antes de 2 meses de vida, tenían hallazgos ausculatorios pulmonares. Toda la patología respiratoria (oído y pulmón) fue en niños con fisuras palatales: 22% palatal pura y 78% labiopalatina.

DISCUSION

Estamos obligados en conjunto a replantear la puericultura de la atención al lactante menor afectado de fisuras labiales y/o palatales, ante el absoluto desconocimiento y desinformación familiar en su manejo.

El grupo poblacional estudiado no mostró diferencias significativas según el sexo, pero sí predominio de la doble lesión: aunque se presentó igual número de niños según el sexo para la fisura labial sola, en todo el grupo la fisura labiopalatal ocupó 2/3 de la población, afectación que mostró los más interesantes hallazgos observacionales.

Importante reconocimiento a la población de primogénitos y a los productos en hogares de madres jóvenes: la cuarta parte de ellas estaban con su primer hijo; esta entidad es en el estudio un grupo malformativo que se presentó con tendencia a compromiso en mujeres menores de 20 años, fenómeno que está de acuerdo con lo encontrado en la literatura.

La rata de ganancia en peso según la edad para las niñas es superior en la semana 16 a la encontrada para los varones; la ganancia en talla demostró igual comportamiento lo que podría estar justificado para el peso, por variaciones e imprecisiones referentes al momento de las tomas y su relación con el tiempo transcurrido desde la última ingesta de alimentos; sin embargo, las alteraciones del peso siempre anteceden a las de la talla en poblaciones desnutridas.

Quedó establecido que la presencia de doble lesión es determinante en la evolución antropométrica por las tendencias establecidas para peso; fue muy coherente la caída esperada en el peso a largo plazo, que demostró lo ineficiente de las medidas ofrecidas y enseñadas a la madre, además del apoyo en un mecanismo succionador incompetente. Debemos atender la movilización de recursos hacia limitar las desventajas fisiológicas de la succión a todos los afectados de compromiso palatal.

Al confrontar las ganancias de peso mes por mes, durante 4 meses de seguimiento, sorpresivamente la fisura labial pura a pesar de su constante comportamiento y baja morbilidad, no fue superior a la palatal pura, fenómeno que está en contrasentido a lo publicado en la literatura y posiblemente explicado en nuestro estudio por la aplicación de sustitutos palatales protésicos; no obstante la asociación labiopalatina a pesar de las medidas correctivas artificiales precoces nunca alcanzó las metas esperadas. Es de reconocer que la magnitud de la fisura palatal exclusiva, podría ofrecer según su extensión y ubicación, alguna ventaja mecánica que la labial pura, ésta última en la aplicatura a un pezón o chupete; la unión comunicante labial y palatina es más desventajosa porque casi todas están en continuidad y con frecuencia son a ambos lados del paladar. Deberá considerarse en estudios posteriores, tanto la magnitud como la ubicación de la fisura palatal, así como lo individual y complejo del defecto medial.

El resultado del comportamiento de las medidas antropométricas, no podrá ser valorado partiendo de los fenómenos individuales, sino que son la mirada conjunta tanto de la aplicación precoz de un implante, el tipo de alimentación ofrecido y la gravedad misma de las lesiones observadas. El implante protésico a los niños con fisura palatal, tan sólo representa un coadyuvante en la función de succionar que no alivia sino la desventaja fisiológica existente y la tendencia encontrada en las curvas de mejor comportamiento, estuvo más en relación con alimentarlos al seno materno y por succión.

A pesar de los esfuerzos ofrecidos por la institución asistencial y de la educación impartida, el resultado conjunto revisado para el 4o. mes, en peso y talla, es tendiente a caer a rangos inferiores al percentil 3 para la edad; esto obedece en principio a lo complejo de las malformaciones, a la tardanza en consultar y a la negativa de ofrecer seno materno por succión, y secundariamente, a lo incompetente de la misma. Deberán proyectarse estudios comparativos que evalúen la edad de implantación de la prótesis y la magnitud de lo competente en succión al seno, an-

tes de recomendar los implantes sin el concurso de un aporte al seno materno.

Es muy notorio el reconocer la deprivación psicoafectiva a que fueron sujetos nuestros niños en este estudio, expresadas por las respuestas obtenidas en las madres sobre su situación familiar, económica y afectiva con su pareja; sin embargo, el estudio no evaluó la opinión del padre del niño y todas las respuestas fueron dadas por la madre; tampoco se hace extensivo a reacciones obtenidas luego de correcciones quirúrgicas proyectadas.

Cualquier labor en valoración y adaptación técnica fue entorpecida cuando se reconoció que se fallaba en la puericultura básica. No se encontró una población de madres que conocieran con consistencia cada cuánto alimentar al niño y con qué sistema; tampoco se les adiestró sobre el volumen y las frecuencias de las tomas y en algunas de ellas nunca se pudo aclarar en qué forma alimentaron a sus hijos.

La relación vivencial madre-hijo dada por el contacto al alimentarlo fue indicador importante del deseo de permanecer con el niño pero no demostró beneficio por lo errático de los sistemas de alimentación.

CONCLUSIONES

El comportamiento del peso y la talla por edad en esta población de riesgo, según el tipo de malformación, no ha sido estudiado en nuestro medio; tampoco se conocen descripciones del impacto familiar con el nacimiento de un niño así malformado.

Los niños con fisuras labiopalatinas no alcanzan comportamientos antropométricos normales a pesar de medidas correctivas.

Los implantes protésicos no probaron ser efectivos si no se apoyan en la succión al seno materno.

Grados más acentuados de desnutrición aparecieron en niños que no succionaban leche materna al seno.

La infección respiratoria fue más frecuente que en la población general.

La evaluación y manejo de esta población de riesgo en Colombia deberá hacerse con un grupo de trabajo multidisciplinario.

AGRADECIMIENTOS

Al Hospital infantil NOEL, Medellín.

A Juancho, Valentina e Iván.

A la Ingeniera Martha E. Alvarez.

A Mi Familia, especialmente Margarita y Ofelia.

BIBLIOGRAFIA

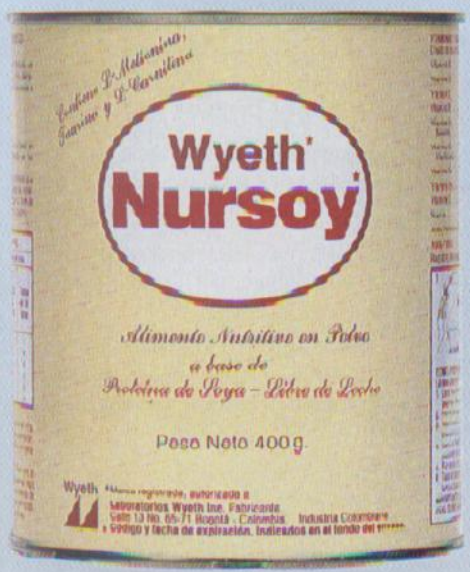
1. PORTERFIELD, H.W. Feeding Infants with cleft lip, cleft palate, or both. (letter). Cleft Palate J. Jan 1988. 25 (1) p. 80.
2. WEATHERLEY-WHITE, R.C.A. et al. Early Repair and Breastfeeding for infants with cleft lip. Plastic and reconstructive Surgery. June 1987 p 879-80.
3. AVEDIAN, L.V., RUBERG, R.L. Impaired Weigth gain in cleft palate journal. January 1980, Vol 17. p 24-26.
4. DUNCAN, P.A. et al. Linear growth patterns in patients with cleft lip or palate or both. Am J Die Child. Feb 1983. 137(2) p 159-63.
5. McWILLIAMS, B.J. Social and Psychlogical problems associated with cleft plate. Clin Plast Surg Jul 1982, 9(3) p 317-26.
6. JAILLIER, G., et al. Labio y Paladar Hendido. Programa del Hospital Infantil Noel. Anales de la Academia de Medicina de Medellín, Feb. 1990. III (1). p 30-51.
7. OMS-ICBF. Rejillas de uso institucional por el ICBF. Colombia. Subdirección de Nutrición ICBF, Peso-edad y talla-edad por sexo, para menores de 7 años. Datos del patrón de referencia internacional recomendado por la OMS.
8. JONES, W.B. Weigth gain and feeding in the neonate with cleft; a thace-center study. Dublin Dental Hospital. Cleft Palate J. Oct. 1988 25(4) p 379-84.
9. BALLUFF, M.A. Nutritional needs of an infant or chilf with a cleft lip or palate. Ear nosethroat J. Jul 1986, 65(7) p 311-15.
10. BALLUFF, M.A., UDIN, R.D. Using a feeding appliance to aid the infant with a cleft plate. Ear nose throat J. Jul. 1986, 65(7) pag. 316-20.
11. PASHAYAN, H.M. McNAB, M. Simplified method of Feeding Infants born cleft palate with or without cleft lip. Am J Dis Child Feb 1979, 133(1) p 145-47.
12. JENSEN, B.L., et al. Cleft lip and palate in Denmaru. 1976-1981; epidemiology, variability, and early somatic Institute of Pediatric Dentistry, Royal Dental College, Copenhagen, Cleft Palate J Jul 1988, 25(3) p 258-69.
13. SETH, A.K., McWILLIAMS, B.J. Weigth gain in children with cleft palate from birth to two years. Cleft Palte Journal. April 1988 25(2) p 147-150.
14. ERNY, M., FARA, M., HRIVNAKOVA, J. Protective family Regimen in cleft lip and palate. Acta Chirurgice Plastical, 1989, 31(2) p 108-117.
15. CAMPBELL, A.N., THREMOUTH, M.J. New feefer for infants with cleft palate. (correpondence). Archives of Disease in Childhood, 1987, 62, 1292-93.

¿Problemas de alimentación durante los episodios diarréicos?

Nursoy*

Wyeth*

La solución a los problemas de alimentación durante y después de episodios diarreicos, vómitos, cólicos, trastornos gastrointestinales, intolerancias* y alergias*.



LIBRE DE LACTOSA

FACIL DIGESTION

APORTE ENERGETICO ADECUADO

RAPIDA RECUPERACION

SABOR AGRADABLE

La leche materna es la mejor para el bebé. La formula infantil Nursoy, a base de proteina de soya, se ha creado para satisfacer las necesidades nutricionales de lactantes y niños alérgicos a las proteinas de la leche de vaca o que presentan intolerancia a lactosa. Se recomienda seguir los consejos del profesional respectivo.

Colaborando para una mejor nutrición infantil Wyeth

* Marcas Registradas

RSIADO M00 183.86