

Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Volumen **17**
Volume

Número **4**
Number

Octubre-Diciembre **2004**
October-December




Artículo:

Editorial.




Día Mundial de la Alimentación

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Medigraphic.com

Día Mundial de la Alimentación

FERNANDO CANO VALLE*

* Director General, INER.

*Primer Encuentro Nacional e Internacional sobre Nutrición Médica
en la Patología Respiratoria*

En múltiples ocasiones científicos y humanistas han coincidido en que en una sociedad que se precie de ser verdaderamente humana, en la que la igualdad o la accesibilidad a bienes y servicios y la movilidad social irrestricta sean metas urgentes, todo niño debe poseer, desde el nacimiento, como derecho humano inalienable, la disponibilidad de alimento, de estimulación, de protección a la salud y de educación. Sin nutrición adecuada la estimulación es insuficiente, la salud física y mental se ven disminuidas y el fracaso escolar se incrementa. Debe ser un derecho humano la posibilidad de alcanzar el desarrollo mental óptimo de la especie, y para ello, el prerequisite es la nutrición adecuada en la infancia y en la niñez. A partir de la consideración de que las potencialidades con las que los seres humanos contamos al inicio de la vida, éstas decrecen o se acentúan en razón de las posibilidades que el medio externo ofrece a cada persona, incluso desde antes del nacimiento. Esta posibilidad de desarrollo del ser humano, entendida en su sentido más amplio, debiera ser la misma para todos los hombres y mujeres, de acuerdo con los principios fundamentales y universales que garantizan los derechos del hombre.

No obstante, es evidente que en los hechos, tal posibilidad no es la misma para todos, y que esta limitación obedece a razones que escapan a consideraciones de carácter técnico o científico. De ahí que existan, por ejemplo, afecciones a la salud cuya solución técnica se encuentra en poder del hombre desde hace muchos años, persistiendo sólo por la inequitativa distribución de la riqueza social o el interés personal de unos cuantos por encima del interés de la mayoría.

Puede afirmarse que el ambiente global físico, laboral y familiar determina en buena medida las expectativas de vida de los hombres, en término de calidad y cantidad, desde que nacen y se exponen a su propio y determinante ambiente. La conservación, fomento y elevación de tales expectativas son derechos humanos irrenunciables, a los que aquellos que realizamos estudios de la salud y del ambiente debemos defender y fomentar incesantemente (la nutrición adecuada es un derecho y debería ser un derecho irrenunciable).

Déjenme citar un ejemplo en el terreno de la iniquidad:

¿Cuántos indígenas hay en el país y de qué se enferman y mueren?

Para ver la magnitud del problema a resolver, analicemos lo siguiente.

México es el segundo país de América, después de Perú, con el mayor volumen de población de origen étnico, con una gran diversidad multicultural a lo largo del territorio nacional, se hablan 68 lenguas indígenas además de numerosas variantes de dialectos. Existe una gran dispersión rural de alta marginación y mínimo desarrollo social, condiciones que los deben colocar como prioridad nacional. Si no es así, que lo diga el hecho de que el 59% de los niños en primarias indígenas presentan déficit de talla, la más alta desnutrición infantil y adulta. La patología cotidiana es la propia de la pobreza. Las infecciones respiratorias agudas y las infecciones intestinales e infestaciones por parásitos afectan fundamentalmente a los grupos que se encuentran en los extremos de la vida.

A este respecto, la iniquidad, el INEGI publica en 1990 las siguientes cifras que hablan por sí mismas: 6,411,972; en 1995: 6,715,591 y en 2000: 7.6 millones, con el 51% aproximadamente de mujeres. Estos datos se basan en población hablante de lengua indígena con predominio de náhuatl, maya, zapoteco, mixteco, otomí y tzeltal. Esta población se encuentra en localidades pequeñas y dispersas; el 59.7% se ubica en localidades de menos de 2,500 habitantes, el resto, en aquéllas de 2,500 a 100,000 o más habitantes.

La casi total ausencia en el panorama bibliográfico de estudios profundos y serios sobre las condiciones de salud de los numerosos grupos étnicos en México es uno de los múltiples ejemplos de este centenario olvidado. La insuficiente evaluación técnica, casi siempre esporádica e incompleta de los programas de salud puestos en marcha en las regiones indígenas el último medio siglo, es otra muestra de la marginación a la que los indígenas se han visto relegados.

Puede afirmarse que, en general, las tasas de mortalidad por entidad federativa son mayores según aumenta la proporción de población indígena. De ahí la importancia de los actuales Programas Sociales promovidos en el Programa Nacional de Salud 2001-2006.

El perfil epidemiológico de la población indígena muestra diferencias importantes respecto del comportamiento nacional. Las cinco principales causas de mortalidad para el país, en su conjunto, corresponden a enfermedades no transmisibles, en tanto que la mortalidad indígena incluye en este mismo grupo tres de tipo infeccioso: Enfermedades infecciosas intestinales, neumonía e influenza y sarampión.

El perfil de la mortalidad de la población indígena es propia de las sociedades menos desarrolladas, pues predominan las denominadas enfermedades de la pobreza; las enfermedades crónico-degenerativas (típicas del desarrollo), si bien están presentes, tienen un peso notoriamente menor.

La población indígena del país vive en condiciones mucho más precarias que el resto de la sociedad nacional.

Por otro lado, y en forma particular la desnutrición en sus diversas formas es, sin duda, la más común de todas las enfermedades, cuyas causas se deben en general a deficientes recursos económi-

cos o a enfermedades que comprometen el buen estado nutricional aunque cada vez más se incrementa el problema del sobrepeso y la obesidad.

La desnutrición hospitalaria tiene una serie de implicaciones adversas sobre el paciente y la institución de salud que lo atiende. El aumento en la incidencia de complicaciones infecciosas, el retardo en los procesos de reparación tisular y, en general, el aumento de la morbilidad de este grupo de pacientes ha sido claramente expuesto. Como consecuencia, la estancia hospitalaria y los costos de la terapia se incrementan significativamente.

El soporte nutricional y metabólico es uno de los instrumentos más poderosos de la medicina moderna en los países del Tercer Mundo.

En este contexto, la responsabilidad del médico es grande. Por una parte, su autoridad moral confiere a sus indicaciones un peso notable y por otra, su capacidad resolutive en situaciones de enfermedad le ofrece oportunidades de intervención de gran efecto. No obstante, hay que reconocer que con mucha frecuencia el médico subestima el potencial de la nutrición en la prevención de procesos patológicos de diversa naturaleza y en la promoción del bienestar y la longevidad. Hay que recordar que un requisito para conservar la salud es la ingesta óptima de nutrientes, sustancias químicas elementales que sintetiza el organismo y que requiere para la interacción intra y extracelular, que de cuyo equilibrio de las reacciones bioquímicas en las que participan y las alteraciones concomitantes que reflejan en enfermedad.

Hasta hace poco se consideraba al pulmón como un órgano con poca actividad metabólica, ya que, se creía que éste producía muy poca de la energía necesaria y ninguna sustancia utilizada en otra parte del cuerpo; se pensaba que no tenía otros requerimientos metabólicos necesarios para la conservación de sus células.

Las actividades metabólicas del tejido broncopulmonar son muy variadas y su magnitud es tal, que sus requerimientos energéticos superan a la de los músculos respiratorios: el oxígeno consumido por el pulmón corresponde aproximadamente al 4.6% del consumo total del cuerpo, en tanto que el correspondiente a los músculos respiratorios apenas alcanza el 2% del consumo total.

Por ejemplo, es frecuente que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica se encuentre asociada a la desnutrición; secundaria al esfuerzo de los músculos respiratorios, y aunado a la inanición, se desencadenan una serie de reacciones bioquímicas, hormonales y metabólicas que provoca pérdida de musculatura, función y mecanismos de defensa respiratorios; el aporte insuficiente de energía induce a un mayor catabolismo del diafragma y de los músculos respiratorios accesorios, e insuficiencia respiratoria persistente. La disminución de la función pulmonar limita la calidad de vida de los pacientes y el deterioro de los músculos determina una menor tolerancia al esfuerzo con un patrón respiratorio menos eficiente y una entrada precoz de bacterias.

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, a través del Departamento de Nutrición Clínica, ha convocado a diferentes organizaciones médicas, gubernamentales, nacionales, extranjeras y de sector privado, para hacer extensivo este esfuerzo, y ha fungido como un Foro de Resonancia en este Primer Encuentro Nacional e Internacional sobre Nutrición Médica en la Patología Respiratoria, donde se expondrán los siguientes tópicos: trastornos del metabolismo celular, la respuesta al estrés en la patología respiratoria y demostrar la importancia de la nutrición como coadyuvante en el tratamiento del paciente neumópata.

Espero que este esfuerzo colectivo permita tomar acciones inmediatas en nuestros respectivos campos de acción para beneficio de la sociedad mexicana.

Octubre, 2004

