

Revista Mexicana de Pediatría

Volumen **71**
Volume

Número **1**
Number

Enero-Febrero **2004**
January-February




Artículo:

Editorial




Contribución de la salud de los niños a
la calidad de vida de los adultos

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Sociedad Mexicana de Pediatría, AC

**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](#)



Pedigraphic.com

Contribución de la salud de los niños a la calidad de vida de los adultos

(The health of the children in the quality of the adult's life)

Leopoldo Vega Franco

"La osteoporosis senil es una enfermedad pediátrica"
Charles Dent (1973)

La medicina moderna ha sido fragmentada en territorios del saber, en cuyo ámbito ejercen los médicos capacitados en una especialidad. En esta cartografía del conocimiento hay parcelas que conciernen a médicos pediatras, como hay otras que atañen a ginecólogos, cardiólogos y de otras especialidades. Por el celo con el que cada especialista defiende su propio territorio, tal parece que hay leyes que sancionan a quien traspone los límites de su parcela, aun cuando sólo haya sido por externar una opinión. Por eso cabe pensar que la afirmación de que "la osteoporosis es una enfermedad pediátrica",¹ debió causar desconcierto entre quienes escucharon o leyeron tal declaración; sin embargo, esta opinión, a un médico de ahora, responsable y bien informado, no le causa ninguna sorpresa: entiende su significado y está siempre presente en ejercicio rutinario: vigilando la ingesta de calcio en los niños que atiende, particularmente en aquellos que nacen prematuramente o han padecido desnutrición grave por tiempo prolongado. Quienes actúan de esta manera, seguramente comprenden que en el ejercicio de la medicina la prevención de enfermedades trascenderá en la vida futura.

Para entender mejor la razón de las especialidades médicas, es preciso ubicar en el tiempo el saber médico contemporáneo; basta mencionar que sólo ha transcurrido poco más de un siglo en que fue desechada la milenaria teoría de los miasmas como causa de enfermedad, ante los descubrimientos de Pasteur, Koch y los discípulos de ambos; el entusiasmo con el que el mundo médico aceptó este nuevo paradigma, hizo que hipotéticas bacterias fuesen buscadas como causa de enfermedades que ahora se sabe que se deben a deficiencias nutricias: como el beriberi y la pelagra. En este contexto, el optimismo deslumbrante por encontrar los agentes biológicos de las enfermedades que aquejan al hombre, hizo

avizorar la esperanza de poder prevenirlas y evitar la muerte.

A un siglo de distancia, el conocimiento científico y técnico en las ciencias médicas han permitido contemplar e identificar los tres millones de bases de nuestro código genético, llegando así, a los profundos linderos de la vida; la tarea actual es: identificar los 30,000 genes en que fundamenta nuestra identidad biológica, prevenir las enfermedades crónicas y degenerativas, y mejorar la calidad de vida de los adultos en plenitud. A un lado de estos triunfos científicos, el presagio de adelantos en la prevención específica de enfermedades infecto-contagiosas, fue del todo cierto: ha contribuido a abatir la mortalidad infantil y preescolar, y a que mueran menos adultos por tuberculosis, paludismo, sífilis, tifoidea y otros padecimientos; un beneficio adicional ha sido que la población goce de mayor número de días de vida saludables. Como consecuencia del proceso de transición epidemiológica que hemos vivido en años recientes, la esperanza de vida al nacer ha aumentado en el mundo, en promedio, 20 años: de 46.5 años entre 1950-1955 a 65.2 años en 2002;² "la disparidad es ahora entre los países más pobres y los demás".

Cabe señalar que los adultos también se han beneficiado con más años de vida. La preocupación ahora es ¿cómo procurar una mejor calidad de vida a la población?

Si bien los adelantos médicos han contribuido a mejorar la salud de la población y han auspiciado más años de vida, la calidad de vida es el resultado de la aplicación del saber en todos los ramos de la ciencia. Sin embargo, el bienestar no radica sólo en la salud física sino también en el entorno afectivo, emocional y social donde la vida transcurre: en el hogar, en el trabajo y en la comunidad; cabe admitir que un clima emocional favorable y la interacción dinámica de la familia en el seno de su hogar y en la sociedad, precisa que los miembros tengan satisfechas sus necesidades básicas.

Dejando a un lado estas divagaciones, es pertinente mencionar que todas las mutaciones demográficas y epi-

demiológicas que se han dado en el mundo, ocurrieron con mayor celeridad después de la Segunda Guerra Mundial. En naciones económicamente ricas precozmente, se dio el aumento en la esperanza y calidad de vida de la población. Y, como consecuencia no deseable de estos cambios benéficos, hubo en ellas un incremento gradual en la incidencia de obesidad, diabetes tipo 2, hipertensión, aterosclerosis, y accidentes vasculares: cerebrales y cardíacos. Estas circunstancias mórbidas fueron asimiladas, con cierta resignación, como si fuera la consecuencia natural de vivir más y mejor. Pronto fueron atribuidas a los nuevos estilos de vida en esos países: estrés, sedentarismo y excesos en la alimentación que años antes sólo gozaban unos cuantos (que se distinguían por notorios signos de opulencia): ricos y "gordos"; pero después se identificó que tal estilo de vida conlleva mayor riesgo de padecer las enfermedades propias de países en bonanza.

En tanto que en algunos países ocurría el proceso de transición, Barker y Osmond³ encontraron en 1981 que en áreas de Inglaterra y Gales donde había mayor densidad de pobreza, coincidían, de manera paradójica, mayor mortalidad por enfermedades cardíacas y tasas más altas de mortalidad infantil. Con esta experiencia en mente y el hecho de haber encontrado registros de peso de niños nacidos en Hertfordshire Inglaterra, entre 1911 y 1930,⁴ les permitió confirmar, en poco más de 10,000 personas, si la paradoja que habían observado era cierta. Los resultados de su estudio, publicado en 1989, mostraron una tendencia inversa⁵: a menor peso al nacer, mayor mortalidad por enfermedades del corazón y accidentes vasculares cerebrales. Poco después informaron que la misma tendencia se encontraba en personas adultas⁶, nacidas con peso bajo⁷, con respecto a la tensión arterial, la resistencia a la insulina y la concentración de colesterol sanguíneo⁸. La productividad en esta línea de investigación, tanto del grupo encabezado por Barker como por numerosos investigadores, ha permitido acumular evidencias acordes con las observaciones iniciales.

Como explicación Barker^{4,7} ha planteado la hipótesis de que privación nutricional en periodos críticos del crecimiento intrauterino, el feto responde adaptándose mediante cambios metabólicos y fisiológicos, "reprogramando sus genes". Con este estigma, supone que ante circunstancias nutricionales favorables en la vida posnatal, quien tenga este antecedente responde de manera anormal; atribuye la resistencia a la insulina al hecho de

que quienes tienen este estigma son poseedores de un "fenotipo ahorrador".

Así, pues, los pediatras no sólo tenemos cierta corresponsabilidad en la prevención de la osteoporosis de los adultos sino que, también, conjuntamente con los obstetras y nutriólogos, tenemos la responsabilidad de monitorizar el crecimiento fetal, para evitar o corregir las circunstancias que alteren su curso normal; de ello dependerá no sólo la salud del niño por nacer sino también, posiblemente, la salud de éste como adulto.

Tal parece que el ejercicio responsable de la pediatría ha traspuesto la frontera de la adolescencia, es ahora necesario no pasar por alto cualquier eventualidad en un niño que pueda incidir después en una enfermedad que, como adulto, interfiera en su calidad de vida. La generalidad de los padecimientos crónicos disminuyen la capacidad de trabajo de la población y la posibilidad de un país para crear sistemas de salud dotados con adelantos técnicos, como los disponibles en naciones desarrolladas. Aún es tiempo de evitar el vaticinio de Harlem Brundstad, Exdirectora General de la OMS (en la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento que tuvo lugar en Madrid en 2002): **"Mientras que los países desarrollados se enriquecieron antes de envejecer, los países en desarrollo envejecerán antes de enriquecerse"**.

Referencias

1. Ilich JZ, Kerstetter JE. Nutrition in bone health revisited: A story beyond calcium. *J Clin Nutr* 2000; 19: 715-37.
2. Jong-Wook L. *Informe sobre la Salud del Mundo 2003. Forjemos el futuro*. Ginebra: OMS, Ginebra.
3. Barker DJP, Osmond C. Infant mortality, childhood nutrition and ischaemic heart disease in England and Wales. *Lancet* 1986; 1: 1077-81.
4. Barker D. The midwife, the coincidence, and the hypothesis. *BMJ* 327: 1428-30.
5. Barker DJP, Osmond C, Winter PD, Margetts B, Simmonds SJ. Weight in infancy and death from ischaemic heart disease. *Lancet* 1989; 2: 577-80.
6. Osmond C, Barker DJP, Winter PD, Fall CHD, Simmonds SJ. Early growth and death from cardiovascular disease in women. *Br Med J* 1993; 307: 1519-24.
7. Halles CN, Barker DJP, Clark PMS, Fall C, Osmond C, Winter PD. Fetal and infant growth and impaired glucose tolerance at age 64. *BMJ* 1991; 303: 1019-22.
8. Barker DJP, Martyn, Osmond C, Halles CN, Fall CHD. Growth in utero and serum cholesterol concentration in adult life. *BMJ* 1993; 307: 1524-7.