

Factores de riesgo cardiovascular y hábitos saludables en la edad pediátrica

J. Ardura

Departamento de Pediatría. Hospital Universitario. Facultad de Medicina. Valladolid. España.

Hay algunas enfermedades en el adulto, como las cardiovasculares (ECV), que además de su alta prevalencia, se ven agravadas con alta mortalidad en ese tramo de la edad del individuo, tanto en América como en Europa y España¹⁻³. Y las acciones médicas en ese tiempo evolutivo del hombre, apenas alcanzan a mantener la prevalencia estable o lentamente decreciente, por lo que las ECV persisten como un problema mayor de salud pública. Además se ha determinado que los hechos precursores de esta enfermedad del adulto, se establecen en la infancia. Pero su reconocimiento clínico es difícil de evidenciar en el niño; porque la emergencia de factores de riesgo a niveles anormales, tal como se identifican en el adulto, no son evidentes entonces⁴⁻⁹. También es de conocimiento general que la etiología más prevalente concierne a la hipertensión arterial, ingesta calórica excesiva con obesidad, niveles elevados de colesterol, sedentarismo, hábito de fumar y consumo de alcohol; factores de riesgo en gran medida susceptibles de modificación⁶. Es perceptible que la modificación de esos resultados puede alcanzarse mejorando la condición de salud de ese individuo cuando aún es niño. Es decir, promover un niño sano es el fundamento para lograr un adulto más sano.

La prevención es una doctrina tópica en medicina y en pediatría. Hasta hace poco tiempo, la teoría de la prevención de la salud en el ámbito pediátrico se circunscribía a la prevención de las enfermedades denominadas "de la infancia" y solamente para evitar enfermedades en la edad pediátrica. Con el enfoque de la promoción de la salud infantil como prevención de la patología del adulto, mejorando las condiciones de salud del individuo cuando aún es niño, se ha constatado que la modificación de los resultados es más eficaz y eficiente^{4,5,10,11}, pero lenta y diferida en el tiempo. Por otra parte, la actividad sanitaria va ligada a costes monetarios. Los progresos en el diagnóstico y el tratamiento conllevan gastos cada vez más

elevados que son motivo de debate interminable en ámbitos políticos, profesionales y sociales; sin que se vislumbre una solución al crecimiento geométrico del gasto. Lo que parece claro es que ningún paciente con ECV está dispuesto a renunciar, a que se utilicen en beneficio propio las nuevas y cada vez más costosas tecnologías. Esta espiral es interminable y no hará cambiar la posición dominante de las ECV como causa principal de morbilidad. Como en otros problemas de salud, la interrupción de la espiral del gasto sólo se conseguirá con la prevención. El gasto pasaría a ser inversión y el ahorro resultante tiene el valor añadido del mejor estado de salud para la población.

La prevención de la patología prevalente en la edad adulta a partir de la atención al niño se considera una cuestión de futuro. Como tal, lejana y generalmente poco atractiva para la política de nuestros días, sumida en la vorágine de resultados inmediatos. Sin embargo, algunos proyectos de política sanitaria comunitaria de nuestro país³, han desarrollado programas para alcanzar objetivos de prevención en plazos sucesivos. El programa incluye textos conceptualmente irreprochables como el siguiente: "Entre los cuidados prestados por los sistemas de salud, la atención materno-infantil es la que va a redundar en mayores beneficios, ya que sus efectos se prolongan a lo largo de toda la vida"³. Es una clara apuesta que, hemos de confesar, nos ha sorprendido favorablemente.

La prevención primaria de ECV del adulto, a través de la intervención sobre el niño, requiere conocer los datos concernientes a los factores de riesgo y sus características dinámicas, con protocolos de estudio y normas específicos⁹. La base de la intervención se establece sobre la demostración de interdependencia entre la salud del niño y del adulto. El fenómeno de tendencia y canalización de factores de riesgo (*tracking*) otorga a la detección de estos factores en el niño, la suficiente potencia predictiva

Correspondencia: Dr. J. Ardura.
Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina.
Avda. Ramón y Cajal, 7. 47005 Valladolid. España.
Correo electrónico: ardura@ped.uva.es

Recibido en febrero de 2003.
Aceptado para su publicación en febrero de 2003.

para estimar el riesgo de ECV en el adulto. Además, es conocida la tendencia de algunos de esos factores a interrelacionar entre sí, a modo de anidamientos o *cluster*¹². Por tanto, es necesario identificar a los niños con riesgo elevado, para modificar esos factores; y de esa forma, prevenir las lesiones que causan las ECV. Siempre teniendo en cuenta que el pediatra no va a afrontar la sintomatología sino la prevención.

Esta línea de investigación tiene una muestra interesante en el trabajo titulado "Factores de riesgo cardiovascular en niños de 6 a 18 años de Medellín (Colombia)", llevado a cabo por Uscátegui Peñuela et al en Colombia. Es un tema de interés pediátrico general que ha sido investigado con antelación en niños españoles en diferentes estudios: Fuenlabrada⁷, RICARDIN⁵, GALINUT⁸, Conferencia de Consenso sobre lípidos⁹. El trabajo de Uscátegui Peñuela et al resulta novedoso en ANALES DE PEDIATRÍA, como referencia a una población de ámbito iberoamericano y de interés para los pediatras españoles que actualmente atienden a niños inmigrantes. Es un trabajo amplio (2.611 niños de 6 a 18 años), sobre los factores de riesgo: presión arterial, índice de masa corporal, perfil lipídico, ingesta de alimentos, hábitos de fumar, actividad física y consumo de alcohol. Los resultados muestran algunos datos comparables a los hallados en España y también algunas diferencias. Su lectura es oportuna para considerar de nuevo la conveniencia de aceptar los retos que se proponen a los pediatras, en particular en esta época de baja natalidad.

Véanse págs. 411-417

En este sentido, la Sociedad Europea de Cardiología considera que la enfermedad coronaria constituye la patología con mejor panorama para la prevención². Y a este fin, ha formulado una declaración a propósito de la Conferencia del día de San Valentín, que ha sido difundida en su ESC Newsletter de mayo de 2000, en la que dice: "cada niño nacido en el nuevo milenio tiene el derecho de vivir hasta la edad de al menos 65 años, sin sufrir una enfermedad cardiovascular evitable". Y se añade que el desafío europeo en el comienzo del milenio es la protección de los corazones de los niños recién nacidos y la prevención de sus enfermedades. Si la cardiología plantea este reto, la pediatría debe hacerle honor a tal reto; y así resulta coherente la exigencia a los pediatras de asumir un nuevo rol. El nuevo papel supera el enfoque de la doctrina clásica, de atender a la prevención de enfermedades prevalentes en la población infantil; por el enfoque de resolver problemas de enfermedad crónica amenazantes para esa misma población en la edad adulta; es

decir, enfermedades que van a ser prevalentes en su "adultez"¹¹.

A lo largo de su evolución, desde el concepto de especialidad equivalente a las homólogas del adulto, a su actividad como medicina integral del niño y como medicina del desarrollo, la pediatría ha alcanzado sus objetivos. Ahora destaca la necesidad de cumplir un nuevo rol, a través de un creciente clamor que demanda la prevención de las enfermedades del adulto¹¹.

Las estrategias se basan en programas de educación para la salud, colaboración de los servicios sanitarios y sociales y promoción de intervenciones directas sobre el entorno, para favorecer los comportamientos saludables que hemos recogido en comunicaciones precedentes^{10,11}. El desarrollo de estos programas eleva la cuantía y relevancia del trabajo pediátrico; pero requiere un esfuerzo de adaptación coherente del pensamiento y filosofía de muchos de nosotros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wood D, Backer de G, Faergeman O, Graham I, Mancia G, Pyorala K. Prevención de la enfermedad coronaria en la práctica clínica. Resumen de recomendaciones del Segundo Grupo de Trabajo de las Sociedades Europeas y otras Sociedades sobre prevención coronaria. *Rev Esp Cardiol* 2000;53:413-21.
2. ESC Newsletter. Winning Hearts. Policy and actions for a Healthier Europe. *Esc Newsletter*, 2000, May; 9:1-3. Disponible en: http://www.escardio.org/publications/ESCNewsletter/2000/vol2/news2_winning.htm.
3. Castilla-León. Análisis del Estado de Salud de Castilla-León. Consejería de Sanidad, Junta de Castilla-León, 1998.
4. Cruz M. Promoción de la salud del adulto en la edad pediátrica. *An Esp Pediatr* 1994;61 (Supl 61):97-103.
5. Málaga S, Rey C, Bosch V, Gorostiza E. Factores de riesgo cardiovascular en la infancia y adolescencia en España. Estudio RICARDIN. *An Esp Pediatr* 1995;71:255-8.
6. Berenson GS, Pckoff AS. Preventive cardiology and its potential influence on the early natural history of adult heart disease. The Bogalusa Heart Study and the Heart Smart Program. *Am J Med Sci* 1995;310 (Suppl 1):S133-8.
7. López D, Plaza I, Muñoz MT, Madero R, Otero J, Hidalgo I, et al. Estudio de Fuenlabrada: Lípidos y lipoproteínas en niños y adolescentes. *An Esp Pediatr* 1989;31:342-9.
8. Vázquez M. Evolución del perfil lipídico y del riesgo aterogénico del niño al anciano. El Estudio GALINUT [tesis]. Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela, 1998.
9. Lípidos. Lípidos en Pediatría. Conferencia de Consenso. *An Esp Pediatr* 1998;118 (Supl 118): p. 1-8.
10. Ardura J. Hábitos saludables en pediatría y repercusión en la edad adulta. *An Esp Pediatr* 2000;52 (Supl 5):279-85.
11. Ardura J, Bretaña ML. Hábitos de vida y prevención de la patología cardiovascular. *An Esp Pediatr* 2001;54 (Supl 4):25-31.
12. Downey AM, Frank GC, Webber LS, Harsha DW, Virgilio SJ, Franklin FA, et al. Implementation of "Heart Smart": A cardiovascular school health promotion program. *J Sch Health* 1987;57:98-104.