

## EDITORIAL

### LA VALORACIÓN SOCIAL DE LA TALLA Y SU REPERCUSIÓN ASISTENCIAL

*La obtención industrial de moléculas orgánicas complejas mediante ingeniería genética, ha modificado completamente el planteamiento asistencial de distintas situaciones clínicas. Este recurso, no solamente logra resolver problemas inherentes a los medios disponibles previamente, como la aparición de anticuerpos frente a la insulina extractiva, la insuficiente provisión de hormona de crecimiento de origen hipofisario (hGH) o la eventual inoculación del virus del SIDA con la vacuna contra la hepatitis B. Pone además a nuestra disposición elementos terapéuticos que, como la eritropoyetina, o el interferón alfa, no estarían disponibles de otra forma. Se ofrece con él, por tanto, un innegable balance positivo que, según se nos anuncia, se ampliará progresivamente.*

*Como contrapunto, una de las sustancias de este origen, la hormona de crecimiento recombinante (rGH), ha planteado ya ciertos problemas, que involucran al pediatra en cuanto encargado de la salud humana en su época de crecimiento.*

*Hasta los años 80, la escasa disponibilidad de hGH, no permitía mantener un tratamiento adecuado ni en los pacientes completamente deficitarios. Así, por lo común, no se administraba a aquellos cuya GH sérica superase los 7 ng/ml en alguna de las dos pruebas dinámicas requeridas. La carestía, que de esta forma planteada afectaba a un número muy limitado de pacientes, tenía escasa repercusión en un contexto pediátrico asistencial aún dominado por otro tipo de patologías (infecciosas, carenciales...).*

*En los últimos años, varias circunstancias han planteado una situación polarmente distinta. Por una parte, la sociedad, descargada de la mayoría de las enfermedades antes referidas, incluye entre sus necesidades sanitarias unas metas de crecimiento en talla que sus distintos referentes, los medios visuales de comunicación en especial, han asociado a la representatividad y el éxito. La asociación de los individuos altos con la fortuna personal, social y profesional es innegable para buena parte de la misma. De otra, la referida tecnología ha hecho desaparecer, desde 1985, cualquier limitación en la provisión de rGH. De esta suerte, las indicaciones terapéuticas actuales no solamente alcanzan a los déficits parciales, funcionales o por inactividad biológica hormonal. Se plantean además otras muchas, entre ellas las conocidas como tallas bajas «variantes de la normalidad»: talla baja familiar y retraso constitucional de la pubertad y el crecimiento. Todo ello, sustancialmente favorecido por la enorme actividad promotora de las compañías farmacéuticas «capitalizadoras» de la rGH y por nuestra persistente*

*incapacidad de definir cuales de estos chicos tienen algún tipo de déficit de GH. A pesar del gran atractivo social y económico del tema y de los muchos estudios dedicados al mismo, ni los estímulos farmacológicos de la secreción de GH, ni la investigación de su secreción fisiológica —tal como se realizan hoy— son procedimientos definitivos cuando la evolución auxológica es de interpretación problemática.*

*Se nos ha suscitado, por tanto, el problema de la oportunidad inoportunidad de tratar a este amplísimo grupo de pacientes, que evolucionando muchos de ellos por encima del límite del 3<sup>er</sup> percentil, podrían incluirse en la población normal, si no fuese por las exigencias planteadas desde la esfera psico-social y por la sensibilidad en el mismo tono —con distintas motivaciones— de distintos medios científicos. Es ocioso afirmar que cualquier actuación apriorística es inadecuada.*

*Si se acepta genéricamente la rGH como una solución posible para los hipocrecimientos no complicados, la mera proporción estadística nos dice que, esta causa, hará pasar por la consulta no menos de 5-10 % de la población infantil. La presión familiar o la actitud inexperta o timorata del médico propondrán como candidatos a este tratamiento a muchos pacientes con retraso madurativo simple, olvidando otras alternativas terapéuticas perfectamente válidas. Esta demanda, probablemente rechazada en su mayoría por el filtro implantado por el Ministerio, el «Comité Asesor para la GH», desvirtuará las consultas de la especialidad, que definitivamente quedarán transformadas en la más simple aceptación de «la consulta del crecimiento», como ya apunta la voz popular.*

*Una actitud contraria, privaría de la oportunidad de tratamiento a ciertos casos que, aunque de mucha menor importancia numérica, tienen la trascendencia personal suficiente y mas que cumplir el laxo concepto de «beneficiarse del tratamiento con rGH», lo necesitan.*

*Aún cuando no se dispone de solución única válida en todos los casos, es obligatorio recordar que la actuación regular del pediatra en asistencia primaria, con la preceptiva visita anual preventiva, es el mejor medio diagnóstico. Con muy elementales medios de asistencia a la clínica, como la medición de la edad ósea, puede identificar a los netamente normales, con adecuada canalización auxológica a lo largo de sucesivas visitas, apoyándolos con el necesario sustento psicológico que supone la información. Los dudosos o de evolución patológica, pueden ser estudiados más minuciosamente en centros de referencia, partiendo de la valiosa información que su seguimiento previo puede aportar.*

*Se trata de una situación, probablemente transitoria, solamente posible en un contexto social desarrollado pero con una defraudante actuación de la sociedad adulta, que la posibilita y magnifica. La pobreza cultural de los mayores, no es capaz de compensar la prevalencia en esta edad, de los valores físicos que, siendo útil en las primeras fases del desarrollo del autoconcepto puberal, debe superarse con la adolescencia en beneficio de otros más estables. Para ello la acción familiar es insustituible.*