

## Cartas al Editor

### Vacunas

*Sr. Editor:*

Siempre el tema de indicar en la consulta individual vacunas que no están en el calendario nos genera un debate ético; en la actualidad el mismo es cada vez más difícil de solucionar.

La Dra. Angela Gentile, en el Editorial de *Archivos* (Arch.argent.pediatr 2002; 100:1) nos plantea dos interrogantes: ¿Debe el pediatra recomendar todas las opciones existentes? ¿Debe seleccionar sólo algunas de las posibilidades?

A mi criterio estas preguntas no pueden ser respondidas con absoluta precisión por más conocimientos que tenga el profesional.

Parte del tiempo de la consulta debe ser utilizado para detallar la existencia de estas vacunas (pertusis acelular, polio inactivada, HB, HA, varicela, antineumocócica) y su utilidad, enfrentando a la familia, en forma ineludible, con el problema económico que su aplicación demande.

Si prejuzgamos que poner a la familia de cara con la erogación que le ocasionen estas vacunas es generar un problema sin solución, me pregunto: ¿Tenemos el derecho de no informarle de su existencia para no generarle un problema ante la culpa por la imposibilidad de adquirirlas? A la vez ¿qué respuesta podríamos darle a los padres de un niño que presenta una infección por un neumococo resistente, una complicación por varicela o una hepatitis fulminante por virus A cuando nos reclamen: "Doctor, usted nunca nos informó que existía una vacuna?".

Por otro lado, en un país en crisis, donde a los padres cada vez se les hace más difícil mantener las condiciones básicas de alimentación, salud, educación y vestimenta, este tema parece ocupar un escalón más abajo en el orden de prioridades y bajo la óptica de la actual situación.

Creo, de cualquier manera, que el tema de la información de la existencia

de otras vacunas que no están incluidas en el calendario no debería ser soslayado en la consulta de todos nuestros pacientes, ya que deben ser los padres en última instancia, quienes resuelvan. Siempre el asesoramiento se hará con el debido cuidado, tratando de no generar culpas y recalando el orden de prioridades del momento en que hoy vivimos.

*Dr. José Kremenchuzky*  
Médico pediatra

—————

*Sr. Editor:*

La lectura del Editorial de la Dra. Gentile<sup>1</sup> produce, a partir de su claro correlato con la realidad, una doble sensación. Por un lado, se percibe con complacencia el énfasis puesto en otorgar al Estado el papel de rector de las políticas de vacunación, dándole así a éstas la jerarquía de una estrategia de política social. Por el otro, pone en primer plano la perplejidad subyacente en el pediatra frente al hecho y al momento de la indicación de una inmunización no incluida en el esquema oficial. Emergen entonces varios interrogantes.

¿Es autónoma la decisión del médico, entendiendo dicha autonomía como un aporte técnico en beneficio del paciente y la comunidad, rigurosamente fundado?

¿Compartir con los padres tanto incertidumbres como evidencias no equivaldrá a un traslado de responsabilidades independientemente de los resultados que deriven de la conducta adoptada?

¿La indicación individual de vacunas puede convertirse en factor de riesgo de un daño a nivel de la comunidad?

La privatización de la Salud, entendida como apropiación individual y onerosa de bienes y servicios sanitarios es un elemento de lo cotidiano. Desde la década de 1990, el Banco Mundial em-

plea esfuerzos y recursos para incluir al proceso salud-enfermedad en el pretendido paradigma social dominante, es decir, verlo, aceptarlo y vivirlo como un fenómeno privado.<sup>2</sup> Importantes instrumentos, como los medios de comunicación masiva, aparecen como funcionales a ese pensamiento. Las vacunas no están exentas de su influencia. Desde hace bastante tiempo se sabe que la utilización de esos instrumentos para mejorar la cobertura produce un impacto comprobado<sup>3</sup> y que la televisión tiene un poder comparable, si no superior, a la suma del resto de recursos de comunicación.<sup>4</sup> Es de suponer, entonces, que ellos pueden actuar como poderosos operadores de mercadeo al convertirse ciertas prácticas de inmunización en actos comerciales.

Habitualmente, se dice que la decisión conjunta entre médico y padres debe adoptarse en ocasión de la consulta, poniendo a éstos en conocimiento de las complicaciones de la enfermedad que se intenta prevenir. Según un estudio canadiense,<sup>5</sup> cuando así se procede, un 94% de los padres opta por la vacunación, reduciéndose el valor a un 60% cuando, además, deben afrontar el costo por sí mismos. Sin embargo, habría de tomarse en consideración que el mercadeo estimula la percepción de necesidad a partir de la descripción de complicaciones y secuelas, con lo que surge un tercero interesado interviniendo en la relación médico-paciente. Más aún, cuanto más generalizado y acucioso es el sentimiento de necesidad, mayor tiende a ser el precio del "producto".

En otro aspecto, se ha prevenido acerca de las consecuencias de la administración individual, "errática" y a título oneroso de ciertas inmunizaciones. Para el caso específico de varicela, esa forma de indicación produciría un desplazamiento de susceptibles hacia la edad adulta (incluyendo embarazadas) con el incremento de virulencia que ello conllevaría.<sup>6</sup> Se ha calculado que este fenómeno se daría con cobertura entre el 10 y el 70% de la población infantil, cesando al alcanzar aquélla una frecuencia superior al 80%.<sup>7</sup> Esta proporción es poco compatible con la actual situación económica de las familias que deben afrontar por sí el costo.

Una práctica con efectos sobre toda la

comunidad se contradice con una ejecución individual de ella, atravesada, por otra parte, por múltiples determinaciones ajenas al beneficio que se quiere obtener. Debe ser la evidencia aportada por el rigor de científicos básicos, epidemiólogos y otros especialistas, la que determine la universalidad de la inmunización, estableciendo criterios de aplicación fija adoptados por el Estado como política social. El momento de incorporación al esquema oficial también debe basarse en esa evidencia, porque de otro modo podría correrse el riesgo que la oportunidad para hacerlo la indicara el "mercado", al estacionarse o declinar el lucro posible.

Es imprescindible rescatar el espíritu del Editorial para convertir, conceptual y prácticamente, a una de las más importantes acciones de Salud Pública en un recurso de toda la comunidad.

*Dr. Mario Rípoli*

Centro de Salud N° 5. Ciudad de Buenos Aires

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Gentile A. Vacunas para todos: una asignatura pendiente. *Ach.argent.pediatr* 2002; 100(1):1-2.
2. Fernández Martín J, Pereira Cardel J, Torres Cantero A. Una agenda a debate: El informe del Banco Mundial: "Invertir en Salud". *Rev Esp Salud Pública* 1995; 69:385-91.
3. Pabón Lasso H, Restrepo V, Muñoz R. Influencia de los medios de comunicación masiva en la cobertura de una campaña de vacunación. *Bol OPS* 1986; 101(1):39.
4. Ripoli MF. Atención primaria selectiva. Buenos Aires: EUDEBA, 1999:85-7.
5. De Serres G, Duval B, Boulianne N. Impact of vaccine cost and complications of varicella on parental decision regarding varicella vaccine. *Can J Public Health* 2002; 93(2):114-6.
6. Ferson MJ. Another vaccine, another treadmill? *J Pediatr Child Health* 1995; 31(1):3-5.
7. Coudeville L, Parea F, Le Brun T, Saily J. The value of varicella vaccination in healthy children: cost-benefit analysis of the situation in France. *Vaccine* 1999; 17(2):142-51.

*Sr. Editor:*

Coincido con ambas apreciaciones, la indicación de vacunas que no están en el Calendario Nacional genera un debate ético y una situación de difícil solución para el pediatra.

Obviamente, el problema no puede minimizarse y pensar que sólo con información científica se puede resolver la situación. Esa información sólo le permitirá al pediatra plantear la situación más adecuadamente a la familia, como bien dice el Dr. Kremenichuky "brindar asesoramiento con cuidado, sin generar culpas y recalcar el orden de prioridades".

En este aspecto, el pediatra no puede ni debe perder el rol orientador resignándolo en manos de comunicadores, industrias farmacéuticas o personas circunstanciales. Pero, por otra parte, la familia tiene el derecho de conocer las posibilidades existentes y participar de la decisión.

¿Cómo quebrar esta situación dual? Con políticas de Estado claras que fijen prioridades, otorguen recursos y establezcan criterios válidos en un marco de equidad y con un análisis científico de las situaciones epidemiológicas.

Una ley de vacunación que contemple este aspecto y otros debe ser debatida por la comunidad médica para mantener lo que siempre debe ser una prioridad: "nuestros chicos".

*Dra. Angela Gentile*

Comité Nacional de Infectología. SAP

## **Diagnóstico de tuberculosis en el niño**

*Sr. Editor*

En respuesta a la carta publicada en *Archivos*,<sup>1</sup> me gustaría hacer algunas aclaraciones. Con respecto a la búsqueda del foco contagiante,<sup>2</sup> no se hizo mención explícita al hecho de excluir a los convivientes asintomáticos del estudio para TBC, sino que se puso especial énfasis en que la búsqueda esté orientada hacia los convivientes del niño que presenten síntomas respiratorios (con síntomas generales o sin ellos) compatibles con TBC, dado que en nuestro medio, cuando estamos ante la presencia de un niño enfermo, la mayor parte de los adultos con TBC activa presentan manifestaciones clínicas de la enfermedad, aunque sean de expresión mínima. Simplemente, se quiso remarcar que la probabilidad de hallar el foco entre los convivientes sintomáticos es mayor que entre los asintomáticos.

Por otra parte, en la actualidad está comprobado el aumento de la resistencia a una o más drogas en varios países (entre ellos el nuestro) como resultado de la mala implementación de los tratamientos y de su abandono, por lo que muchos expertos recomiendan la realización sistemática de cultivos para determinar la sensibilidad a las drogas por antibiograma, aun en los pacientes con baciloscopia positiva, sin antecedentes de tratamiento. De hecho, esta conducta ha sido adoptada por la Red para la Atención de la Tuberculosis de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Respecto a las consideraciones sobre PPD y BCG, debo aclarar que existió un error involuntario, a consecuencia de hacer confluír dos preguntas en un mismo enunciado, por lo que los conceptos vertidos sobre este punto se referían exclusivamente a la "influencia de la BCG en la interpretación de la reacción tuberculínica", limitándose a considerar algunos aspectos de tal influencia. En ningún momento hubo intención de plantear desacuerdo con las normas establecidas por el Comité Nacional de Neumonología para la interpretación de la prueba con PPD 2 UT.<sup>3</sup>

Para finalizar, con respecto al contenido de la última pregunta, quiero aclarar que en ningún momento se hizo referencia a que la única causa de la persistencia de las tasas de morbimortalidad por TBC sea la coinfección con HIV, sino que la respuesta se ajustó estrictamente a responder la pregunta sobre cuál ha sido el impacto del HIV/SIDA en la epidemiología de la TBC y no sobre cuáles son las causas del problema de la TBC. Quiero aclarar que me he referido a la magnitud del problema de la TBC en el mundo subdesarrollado, previo a la epidemia de SIDA. Difícilmente pueda perder la objetividad respecto a las consecuencias del empobrecimiento, siendo que hace quince años estoy desarrollando mi actividad asistencial en la Villa 15, exponente más que representativo de la pobreza urbana y sus enfermedades, entre ellas la TBC.

*Dra. Graciela Spatz*

Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 5.  
Ciudad de Buenos Aires

## BIBLIOGRAFÍA

1. Comité Nacional de Neumonología SAP. Diagnóstico de tuberculosis en el niño. Arch. argent. pediatr 2002; 100(1):96.
2. Spatz G. Diagnóstico de tuberculosis en el niño. Arch. argent. pediatr 2001; 99(5):469-470.
3. Consenso: Criterios de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis infantil. Arch. argent. pediatr 2002; 100(2):159-178.

---

## Surfactante en tiempos de crisis

*Sr. Editor:*

Me dirijo a Ud. a fin de realizar un breve comentario respecto al Editorial "El surfactante en tiempo de crisis" del Dr. Claudio Solana (*Arch. argent. pediatr* 2002; 100(2):99), sabiendo que los comentarios respecto a editoriales tienen sus límites, pero creo que en este caso el tema es de gran importancia como para justificar estas líneas. Creo que el surfactante es una terapia efectiva probada como pocas y su uso debe ser según las indicaciones aceptadas, sin ningún límite fuera del criterio estrictamente médico, sostenida en todos los ámbitos por neonatólogos, pediatras y organizaciones científicas como la SAP.

Cualquier condicionamiento o alternativas de uso modificado (CPAP, bajo peso extremo u otras) para restringir o modificar el uso en las indicaciones probadas no sólo no es científico sino que genera inequidad.

Desde esta perspectiva, los neonatólo-

gos debemos unirnos para promover en todos los ámbitos posibles el uso adecuado generalizado de esta terapia efectiva. Colocarnos en el plano de los condicionamientos nos somete a la crisis y a sus consecuencias sobre la salud infantil.

La responsabilidad de las políticas de salud es de las autoridades, que deben proveer de los recursos para la atención universal completa de las necesidades curativas infantiles. Asumir que no lo harán es entregar nuestra capacidad profesional y de lucha por un país mejor y someternos a los dictados de las políticas restrictivas para poblaciones vulnerables, que muchas veces no pueden expresar su rechazo, como los niños, cuando nuestra responsabilidad es defenderlos. Este año el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) a través del Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN) ha reconvertido su presupuesto para medicamentos y en el vademécum pediátrico elaborado en la Dirección de Maternidad e Infancia, se incluyó el surfactante y se calculó sobre base poblacional según la incidencia probable de síndrome de distrés respiratorio (SDR) en el sector público y las evidencias de tratamiento efectivo para todos los neonatos que lo requieran sin ninguna restricción.

*Dr. Pedro de Sarasqueta*  
Area de Neonatología  
Hospital Nacional de Pediatría  
"Prof. Dr. Juan P. Garrahan".

*Amerigo había aprendido que los cambios en política se producen por caminos largos y complicados, y que no era cosa de esperárselos de un día al otro, por un giro de la fortuna. Para él, como para muchos otros, la experiencia había significado volverse un poco pesimistas. Por otra parte, estaba la consigna de que es necesario seguir haciendo lo que se pueda, día a día. En política, como en todas las cosas de la vida, y para quien no sea un necio, sólo cuentan dos principios: no hacerse demasiadas ilusiones y no dejar de creer que cualquier cosa que hagas puede servir.*

ITALO CALVINO