

ESTEBAN RUBINSTEIN

---

# Los nuevos enfermos

Ventajas y desventajas de la medicina  
preventiva

 *delhospital*  
ediciones

Esteban Rubinstein

Los nuevos enfermos : ventajas y desventajas de la medicina preventiva . - 1a ed. - Buenos Aires : delhospital ediciones, 2009.

164 p. ; 22x16 cm.

ISBN 978-987-1639-00-7

1. Medicina Preventiva. 2. Medicina Familiar. I. Título  
CDD 613

Diseño: Renato Tarditti

Corrección: María Isabel Siracusa

Supervisión editorial: Claudia Alonzo

ISBN 978-987-1639-00-7

Impreso en

Fecha de impresión: octubre de 2009

Tirada: 1000 ejemplares.

© delhospital ediciones

Departamento de Docencia e Investigación

Instituto Universitario Escuela de Medicina

Hospital Italiano de Buenos Aires

Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires

delhospital ediciones

Gascón 450 1er piso, Departamento de Docencia e Investigación  
CABA (1181)

Tel: (005411) 4959-0200 interno 2997

Web: [www.hospitalitaliano.org.ar/docencia/editorial](http://www.hospitalitaliano.org.ar/docencia/editorial)

Mail: [delhospital.ediciones@hospitalitaliano.org.ar](mailto:delhospital.ediciones@hospitalitaliano.org.ar)

Queda hecho el depósito que dispone la ley 11.723.

Todos los derechos reservados.

Este libro o cualquiera de sus partes no podrán ser reproducidos ni archivados en sistemas recuperables, ni transmitidos en ninguna forma o por ningún medio, ya sean mecánicos o electrónicos, fotocopiadoras, grabaciones o cualquier otro, sin el permiso previo de la Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires.

# Índice

Prólogos .....	9
Agradecimientos .....	15
Introducción .....	19
Prevención primaria .....	23
Prevención secundaria .....	37
Los nuevos enfermos .....	51
Tiempo de anticipación diagnóstica.....	65
Mirta G y el “hapre” .....	71
Teresa H .....	81
La incertidumbre del individuo con un “hapre” .....	83
El riesgo .....	87
La importancia de no dañar.....	91
La vida cotidiana de las personas con hapres .....	109
El consejo médico .....	133
El chequeo médico.....	149
Una charla sobre prevención con una médica residente .....	161
Reflexiones finales .....	165
Bibliografía .....	169

---

# Prólogos

## I

Conozco a Esteban Rubinstein desde hace tiempo, diría que desde que soy médica y formo parte del mundo que cuenta este libro; también comparto las ideas que aquí presenta.

El libro muestra una porción de la realidad con la cual convivimos, ya sea como médicos o como pacientes, en relación con la incertidumbre que se maneja en el consultorio. En mi memoria está muy presente la forma en que él siempre ha reflexionado sobre: “¿Qué es lo que me quiere decir el paciente?”, o “¿Cómo suenan mis palabras en el otro? o si “¿Habré sido claro?” o “¿Qué jerarquía le habrá adjudicado mi interlocutor?” y otras tantas cuestiones similares. Estas preguntas surgen de la necesidad de comprender qué es lo que realmente le pasa a la persona a quien el médico quiere cuidar y si, persiguiendo ese fin, se actúa lo justo, por demás, o por las dudas. La lista de interrogantes no queda allí, se alarga con las incertidumbres técnicas y sus nombres específicos, que se discuten entre pares o con otros colegas especializados en algún tema, o que lleva a la búsqueda de más información, aunque frecuentemente resulte insuficiente y se siente aun más su insuficiencia cuando hay una persona que está esperando la respuesta que el médico no tiene con la certeza que quisiera.

En ocasiones los médicos nos vemos forzados a construir “el problema del cuerpo” para ser operativos, luego unirlo a la persona que lo padece, con su historia y, de este modo, poder

entender. A fin de cuentas, resulta ser un arte, pero un arte en el que hay normas, reglas, saberes que se deben respetar y que hacen que una práctica sea correcta, o al menos “académicamente correcta”. Paralelamente, también existe otro mundo, de representaciones, significados y creencias sobre lo que está diciendo el cuerpo, y se complejiza cuando esas palabras del cuerpo cobran diferente intensidad, o entran en juego los lazos interpersonales, es decir, los vínculos que uno establece con quien está al otro lado del escritorio o en la camilla y está preguntando, pidiendo ayuda, o buscando un consejo. Muchas veces el médico recurre a un colega para supervisar a través de otra visión u otro estilo, y allí comienza un juego de intersubjetividades, buscando resolver el problema o ser más objetivo, pero ¿servirá ser más objetivo, cuando quizás haya que sincerar la subjetividad y abrir el juego de las entrevistas?

Otro tema que presenta el autor es el lenguaje y cómo, a medida que se avanza en los conocimientos, parecería que faltan palabras, vocablos que puedan describir mejor situaciones médicas particulares, situaciones que requieren tratamientos para evitar convertirse en otras enfermedades. De este modo, en el libro se explican las nociones de prevención primaria y prevención secundaria ejemplificadas con casos, para dar respuesta a preguntas tales como “¿Qué se quiere prevenir?” y en qué medida en ocasiones se lo hace enfermado, en un camino que tiene riesgos. Durante ese recorrido el médico se plantea *no dañar*, sobre todo en un contexto de tecnologías cada vez más sofisticadas y más publicitadas que generan la pregunta de la gente, el ser social que se convierte en paciente cuando pasa la puerta del consultorio.

Personalmente, creo que el autor, a través de ejemplos claros cotidianos, entrevistas y diálogos con pacientes y colegas

(novatos o experimentados) invita por un lado a reflexionar al médico, y quizás decir: “a mí me pasó lo mismo” o “no se me habría ocurrido pensarlo así” y, por otro lado, tal vez pueda ayudar al paciente a entender mejor cómo piensa el médico, a comprender esas frases del tipo: “vamos a ver”, “quién sabe”, “esperemos un poco”, “no le pedí tal estudio porque no está recomendado que lo haga”, entre las tantas frases que, de alguna manera, se han convertido en clásicas de los médicos, y que tienen su justificación, o su historia, y quizás más importante aun, le ayude a entender si está enfermo o si es un “nuevo enfermo”, según esta nueva categoría propuesta en el libro.

Para terminar, diría que ha sido un honor para mí que Esteban Rubinstein, con quien he tenido el gusto de transitar los pasillos del mismo hospital, de discutir pacientes y de aprender medicina, me haya invitado a escribir estas líneas en un libro que valoro. Ahora solo resta que el lector lo recorra.

Vilda Discacciati

## II

Por alguna de esas casualidades me encargué de la coordinación editorial de “Los nuevos enfermos. Ventajas y desventajas de la medicina preventiva”.

El trabajo con el libro generó un intercambio de ideas muy enriquecedor y apasionante, ya que aunque coincidimos en muchas apreciaciones acerca de la incertidumbre que nos genera la práctica diaria, no coincidimos en algunos puntos que, creo, tienen más que ver con la interpretación del lenguaje que con la interpretación de la medicina. En ese sentido, agradezco que el autor me haya invitado a compartir con los lectores

mi punto de vista, que puede generar tantas controversias como el suyo.

Como médica clínica orientada especialmente a la salud de los ancianos tengo especial interés por las enfermedades vasculares, mal llamadas “factores de riesgo”. En el libro, Esteban Rubinstein propone utilizar el neologismo “hapre vascular” (hallazgo preventivo vascular) para referirse a ellas, sacándoles el mote de “enfermedad”, con las implicancias técnicas y políticas que ello implica. Es ahí donde difiero con el autor ya que, a mi juicio, tanto la hipertensión arterial, como la hipercolesterolemia, o cualquiera de estos “factores de riesgo” son verdaderas enfermedades, que no solo aumentan el riesgo de tener enfermedades más graves (como infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca o accidente cerebrovascular) sino que a largo plazo aumentan el riesgo de comprometer la calidad de vida y la independencia de los adultos mayores, pues están directamente relacionadas con la aparición de deterioro cognitivo, trastornos de la marcha y otras alteraciones que tienen mayor incidencia en los ancianos.

Ahora bien, ¿el paciente que recibe este diagnóstico debe, inmediatamente, sentirse “enfermo”? Creo que es función fundamental de los médicos poder transmitir a nuestros pacientes la diferencia entre “tener una enfermedad” y “estar enfermo”. Aunque esta distinción parezca un juego de palabras, es crucial: al tener una enfermedad la persona sabe que tiene una situación de mayor riesgo, pero esta no afecta su vida y su intercambio con el entorno más allá de las pautas de vida saludable y la medicación que eventualmente deba tomar; mientras que al estar enfermo, dicha enfermedad suele afectar la sensación de bienestar. Y siguiendo con el problema del lenguaje: hay una diferencia enorme entre “tener una

---

enfermedad” y “padecer una enfermedad”. Las conversaciones relatadas en este libro reflejan esta realidad: mientras que algunos conviven con el diagnóstico de una enfermedad, otros se sienten afectados por este diagnóstico.

Entonces, ¿dónde está el desacuerdo? En realidad se trata del convencimiento personal de la necesidad de no cambiar el término “enfermedad” por “hambre” (un término que a mi juicio tiene el riesgo de minimizar el impacto del diagnóstico), sino de trabajar con el paciente para que no padezca su enfermedad.

Dejo el interrogante a todos los interesados en este libro: ¿debemos hablar de “los nuevos enfermos” o debemos repensar la forma en que evaluamos el impacto de las enfermedades sobre la vida de los pacientes?

Claudia Alonzo

---

# Agradecimientos

Pude escribir este libro gracias a la inestimable ayuda de Vilda Discacciati, colega del Servicio de Medicina Familiar, quien siguió todo el proceso de escritura, brindándome asesoramiento bibliográfico, corrigiendo las versiones, alentándome y criticándome.

Agradezco también a Adolfo Rubinstein y a Karin Kopitowski que me aportaron valiosos comentarios, a Carlos García, Melina Verna y varios pacientes con quienes compartí diversos diálogos que volqué en el libro, a Claudia Alonzo que editó y pulió el original con gran esmero y a María Isabel Siracusa quien realizó importantes correcciones. Por último, quisiera agradecer a mi familia, amigos, compañeros de trabajo y pacientes, quienes están siempre cerca, dándole sentido a los libros.

Esteban Rubinstein  
Octubre de 2009

*Los hechos son inestables por naturaleza. Naruz me dijo un día que amaba el desierto porque allí “el viento borra las pisadas de nuestros pasos como quien apaga una vela”. Lo mismo, creo, hace la realidad. ¿Cómo podemos entonces perseguir la verdad?*

Lawrence Durrell, *Balthazar*

*Incluso cuando la burguesía era romántica, sus sueños eran técnicos.*

Eric Hobsbawm,  
*La era la revolución, 1789-1848*

---

# Introducción

Soy médico de familia y una de las tareas más importantes en mi práctica cotidiana es la prevención. Casi todos los días, en el consultorio, intento ofrecerles a mis pacientes ciertas prácticas preventivas con el objetivo de mejorar su salud. Con mis colegas de Medicina Familiar pasamos largas horas discutiendo cuáles tiene sentido realizar y cuáles no; revisamos la literatura médica, discutimos acerca de la evidencia científica que avala el beneficio de ofrecerlas a nuestros pacientes y compartimos nuestras dudas con colegas de otras especialidades. Estoy convencido de que la medicina preventiva es eficaz, útil, necesaria, importante y que salva vidas y evita sufrimientos, y por eso ejerzo este trabajo con mucho placer y orgullo. Sin embargo, soy consciente de que es una tarea compleja, ya que se realiza con individuos básicamente sanos, y la principal premisa que debe tener todo médico es la de “*primum non nocere*”; es decir, “ante todo: no dañar”. En ese sentido, la medicina preventiva tiene también desventajas y puede causar sufrimiento a las personas. En este libro me propongo revisar las ventajas de algunas prácticas preventivas, pero también voy a describir algunas desventajas, que afortunadamente no suelen ser graves, pero que creo convincente discutir y conocer.

Este libro está dirigido a los pacientes en general, a mis pacientes en particular, con quienes he aprendido a lo largo de estos años de trabajo, y también a mis colegas y a otros profesionales de la salud que ven pacientes en el consultorio. No es un Manual de Prácticas Preventivas y no intenta ser

exhaustivo. Voy a describir solamente algunas de esas prácticas, a modo de ejemplo, con el propósito de relatar algunas experiencias en ciertas consultas; es decir, situaciones de las que he participado en el ámbito íntimo del consultorio. Creo que es la mejor forma de hacerme entender ya que se trata, de alguna manera, de mi experiencia. No obstante, soy consciente de que al trabajar mayormente con pacientes de clase media de la ciudad de Buenos Aires, mi experiencia es limitada y está, sin duda, sesgada por el tipo de personas que atiendo. De hecho, muchos lectores, con razón, podrán encontrar objeciones relevantes en el sentido de que este libro no representa lo que ocurre con la medicina preventiva en la mayor parte del país. Es cierto: el principal problema de la prevención en la Argentina y en Latinoamérica no está relacionado con las tensiones que a veces pueden ocurrir entre las ventajas y las desventajas de las prácticas preventivas en el ámbito de la consulta ambulatoria, sino con que gran parte de la población directamente no tiene acceso a ningún tipo de práctica preventiva. Pero ese sería otro libro. Aquí simplemente quiero hablar de algunos temas, de mis pacientes, de mi práctica, de mi experiencia y de mis dudas. Este es el objetivo del libro, y espero que valga la pena.

Por último, también soy consciente de que la medicina preventiva excede el ámbito del consultorio y del caso individual y es particularmente útil para aplicarla en grandes poblaciones (la Salud Pública, la Atención Primaria como estrategia); sin embargo, creo que este libro, basado en relatos pequeños, de algunos casos, quizá también pueda serles útil a las personas que se dedican a tomar decisiones gerenciales y políticas en relación con la salud. Y digo esto porque detrás de cada decisión de políticas de salud que involucra a grandes

poblaciones está el ámbito íntimo de cada caso, el paciente que consulta para que le brindemos los adelantos de la ciencia y de la tecnología a fin de prevenir y tratar precozmente las enfermedades, pero también nos pide que lo cuidemos, que lo tengamos en cuenta, que lo escuchemos, que le expliquemos, que no decidamos por él; en suma, que no lo dañemos.

---

## Prevención primaria

Las prácticas que forman parte de la prevención primaria son aquellas que se les ofrecen a las personas absolutamente sanas para evitar que aparezca la enfermedad.

El caso más fácil de comprender es la vacunación, por ejemplo cuando les indico a los padres de un niño de un año que deben vacunarlo contra el sarampión. Yo tengo cuarenta y cuatro años y a los seis años tuve sarampión; en esa época no existía la vacuna y casi todos los chicos, en algún momento de nuestra infancia, teníamos sarampión. En la mayoría de los casos la enfermedad duraba entre cuatro y siete días y luego nos curábamos; pero algunos chicos cursaban neumonías u otras complicaciones y algunos se morían. Es decir, el sarampión es una enfermedad muy contagiosa que antes tenía casi todo el mundo y algunos incluso morían por causa de ella. Desde que se vacuna masivamente a la población hay muy pocos casos de sarampión en la Argentina y en los países que, como el nuestro, tienen una muy buena tradición de respeto por ciertas pautas de Salud Pública; afortunadamente, hoy en día es muy raro que un niño muera a causa del sarampión. Vacunar a todos los niños al año y a los seis años de edad contra el sarampión es un ejemplo de una práctica preventiva muy eficaz, que evita que desarrollen la enfermedad; es decir, que tengan que estar con fiebre, catarro, sintiéndose muy mal, con el cuerpo lleno de manchitas, y que, fundamentalmente, también evita muertes. De hecho, la vacunación masiva contra

el sarampión representa un importante factor en el descenso de la mortalidad infantil.

Ahora bien, el primer concepto que me parece importante rescatar del ejemplo anterior es que, en la prevención primaria, se aplica una práctica preventiva a un gran número de personas. En el caso del sarampión, la ley exige que se les aplique la vacuna a todos los niños de un año de edad y que se repita un refuerzo a los seis años; es decir, se aplica una práctica preventiva sobre las personas sanas y, por lo tanto, esa práctica debe ser segura y no causar daño. Esto es lo que ocurre con la vacunación contra el sarampión: es muy segura (puede ocasionar fiebre leve o algunas manchitas coloradas, a veces) y es gratuita; por lo tanto, no tiene desventajas, sino solo ventajas. ¿Qué pasa si los padres no quieren vacunar a sus hijos contra el sarampión? Simplemente, no pueden hacerlo, ya que una ley nacional los obliga a cumplir con las vacunas que forman parte del calendario oficial. En ese sentido, la ley ayuda ya que no hay discusión: hay que vacunarse.

A continuación menciono las enfermedades para las cuales la vacunación es obligatoria en la infancia: la difteria, el coqueluche o tos convulsa, el tétanos y el *Haemophilus* tipo b (estas cuatro se aplican juntas y la vacuna se conoce como cuádruple), la poliomielitis (la vacuna más utilizada es la Sabin oral), la hepatitis B, la hepatitis A, la tuberculosis (la vacuna es la BCG), la rubéola, el sarampión y las paperas (estas últimas constituyen la vacuna triple viral).

Las vacunas del calendario oficial, al ser en casi todos los casos inocuas y gratuitas, no presentan desventajas. Por lo tanto, podría decir que no encuentro ninguna desventaja o un evento que pueda causar sufrimiento a las personas en relación con el cumplimiento del calendario obligatorio de

vacunación. Sin embargo, recuerdo una situación que me ocurrió con una mujer que consultó muy angustiada porque se había olvidado de vacunar a su hijo con el refuerzo de la cuádruple y la Sabin oral del año y medio. El chico iba a cumplir dos años y la madre estaba convencida de que su olvido ponía en peligro la salud de su hijo. Cuando le dije que no era grave, que podía vacunarle en ese momento sin problema, la mujer se puso a llorar y me agradeció que la ayudara a sentirse aliviada. Este pequeño ejemplo me parece útil para introducirnos en un aspecto complejo de las prácticas preventivas, que tiene que ver con el sentimiento de culpa por no realizarlas, tanto en forma activa, como veremos en otros ejemplos en los que la persona decide no realizar determinada práctica preventiva, como en forma pasiva, ilustrada por este caso, en el que esta madre sencillamente se había olvidado de concurrir a vacunar a su hijo a los dieciocho meses, y recién se acordó a los veintitrés meses. Además de que este olvido era muy fácil de solucionar, es importante que no perdamos el contexto en el que estamos actuando, y es este el sentido hacia donde va a ir apuntando paulatinamente el libro. ¡Estamos trabajando con personas sanas! ¡Estamos previniendo! Si un niño que tiene apendicitis no recibe atención, es muy probable que se muera; si los padres o cuidadores no lo llevan al médico están cometiendo una negligencia muy grave. De ninguna manera podemos parangonar este hecho con olvidarse de vacunarle una vez y acordarse cinco meses más tarde, pero bueno, quizá no comencé con el ejemplo más fácil ya que la vacunación obligatoria es un deber de los padres, y al vacunar al niño ellos no solamente están cuidando a su hijo sino también a toda la sociedad, pues uno de los objetivos de la vacunación masiva es erradicar los gérmenes

que causan esas enfermedades y para ello es imperioso que todo el mundo cumpla con la ley.

Calculo que será más fácil introducirme de a poco en la descripción de algunas desventajas que pueden verse en las consultas en relación con el tema de la vacunación, al desarrollar lo que ocurre con las vacunas que no son obligatorias. Este tema se ha complicado bastante en los últimos años porque, además de las vacunas oficiales, existen otras que se le ofrecen a la población y a veces los médicos no sabemos muy bien qué hacer al respecto, o qué recomendar. Los ejemplos más habituales hoy en día de vacunas no obligatorias son las de la varicela, la meningitis, el rotavirus y el HPV. Veamos algunos.

## **Daniela T y la vacuna de la varicela**

Viene a mi consultorio Daniela T, una paciente de treinta años de edad, a quien conozco desde hace cinco años. Trae a Manuel, su hijo de un año y medio, y me pregunta si tiene que vacunarlo contra la varicela. Es su primer hijo, y en la guardería donde lo deja, en el barrio de Palermo, la mayoría de los chicos ya han recibido la vacuna. Le doy mi opinión: en la infancia la varicela es una enfermedad benigna, que cursa con un poco de fiebre y unas lesiones en la piel que se curan solas; es más virulenta cuando uno la tiene de adulto y constituye un problema si una mujer se contagia durante el embarazo, por lo tanto, es mejor tenerla durante la infancia. Existe una vacuna optativa que se les puede aplicar a los niños a partir del año de vida, pero aún no se sabe si confiere la misma protección que la que se logra cuando la persona contrae la enfermedad (algunos médicos recomiendan hacer una vacunación de refuerzo en la edad adulta ya que se están viendo algunos

adolescentes y jóvenes que fueron vacunados en la infancia y que se enferman cuando son grandes). Por este motivo yo no la recomiendo en forma rutinaria a mis pacientes. Además, es muy cara, y como no forma parte del esquema de vacunación obligatoria, su costo no está cubierto en un 100% por las Obras Sociales o prepagas.

Luego de esta explicación le digo que si quiere vacunar a Manuel puede hacerlo y que la vacuna casi no tiene efectos adversos (puede doler un poco en el sitio de inyección y el niño puede tener un enrojecimiento de la piel). Daniela me tiene confianza y vuelve a preguntarme:

– ¿Pero vos qué me recomendás?

Y ahí me doy cuenta de que mi explicación no ha sido suficiente, que tengo que jugarme y darle una recomendación, entonces le digo:

– Yo no te recomiendo que lo vacunes, pero también te recomiendo que estés atenta y cuando te enteres de que un familiar o un amigo de Manuel tiene varicela lo pongas en contacto para que se contagie durante la infancia.

Daniela acepta mi recomendación y parece irse satisfecha; sin embargo, a mí me quedan muchas dudas. Yo sé, por mi práctica como médico de familia y por enseñanzas que probablemente vengan del psicoanálisis y de la antropología, que cuando un paciente habla no está hablando solo él; es decir, que el discurso representa una polifonía, o sea, un conjunto de voces que se mezclan en el cerebro de una persona para decir algo. El problema que tenemos constantemente los médicos es que resulta imposible conocer ese entramado de voces polifónicas que se ponen en juego cuando habla cada paciente.

¿Cuáles son las voces que resuenan en el cerebro de esta madre que tomó la decisión de pedir un turno, dejar de trabajar

esta mañana y venir con su hijo a verme solamente con el objeto de saber si tiene que vacunarlo contra la varicela? ¿Cuáles son sus temores? ¿Qué ansiedades se despiertan cuando su hijo se enferma? ¿Cuál es su historia personal en relación con los cuidados que recibió por parte de sus padres durante la infancia? ¿Cómo siente que está cuidando a su hijo? ¿Qué opina su marido? ¿Qué opina ella de su marido en relación con los cuidados de este niño? ¿Qué opinan los abuelos? ¿Hay algún abuelo u otro familiar que cuestione su forma de cuidar? ¿Cómo va a sentirse ante las madres de los compañeritos del jardín de infantes cuando su hijo tenga varicela? ¿Va a pensar que está cuidando a su hijo porque su médico opinó que está bueno que los chicos se contagien la varicela y que la tengan, o va a pensar que lo descuidó porque no lo vacunó, a diferencia de lo que hicieron los padres de la mayoría de sus compañeritos?

Es imposible que yo pueda responder a todas estas preguntas, por más que creo conocer bastante a mi paciente. También es probable que Daniela no se haga ninguna de estas preguntas, aunque no lo creo. El autor que me viene a la cabeza cuando releo las preguntas potenciales de esta madre es Winnicott. Este pediatra inglés, que luego se hizo psicoanalista de niños, decía que quien más sabe lo que necesita un niño es una madre sana (una madre suficientemente buena). Daniela es una madre sana; quizá deba dejar de elucubrar este tipo de preguntas y confiar en su sabiduría, confiar en que vino a verme y que, entre las infinitas voces polifónicas que hablan en su cerebro acerca de la vacunación de su hijo, la mía será una más, y que ella tomará la decisión que pueda, pero que será suficientemente buena.

De eso se trata este libro. No tengo un objetivo definido; no quiero llegar a ningún puerto, simplemente quiero contar algunas

cosas que pasan. Una consulta simple y sencilla sobre una opinión acerca de la vacunación puede generar varias páginas de asociaciones y pensamientos. Lo importante es, quizás, destacar que yo no me quedé satisfecho con la respuesta que le di a mi paciente, pese a que técnicamente creo que fue adecuada.

En relación con el tema de la vacunación contra la varicela, además de los aspectos que mencioné por los cuales por el momento no la recomiendo como rutina, en la comunidad médica se discuten otros puntos. Algunos autores opinan que la exposición de los niños a los virus y bacterias de verdad, es decir, a gérmenes que se replican y que invaden el cuerpo y lo enferman (y no a gérmenes muertos o atenuados, como los que hay en las vacunas) forma parte de un aprendizaje inmunológico importante que los seres humanos debemos tener. Incluso ciertas teorías indican que los niños que no toman contacto con los virus y bacterias habituales de la comunidad tienen más riesgo de desarrollar alergia en la edad adulta. También hay autores que opinan que la experiencia de estar enfermo (estar en cama, sentirse amenazado, ser cuidado por los padres, etc.) es vital para el desarrollo psíquico de los niños. En tal sentido, recuerdo que pensé en este tema cuando mi hija mayor tuvo varicela a los cinco años; ella se miraba al espejo, estaba diferente, fea, llena de granos, estaba enferma. Recuerdo que pensé que era la primera vez en su vida que tomaba conciencia de que los seres humanos somos vulnerables y de que nuestro cuerpo puede enfermarse. No sé. Algunos colegas y padres piensan que si uno puede evitarles cualquier enfermedad a los niños, mejor. A mí no me queda tan claro. En el caso de la varicela, de hecho, en los Estados Unidos tomaron la decisión de vacunar a todos los niños en forma obligatoria. La decisión se fundamentó sobre todo en criterios

económicos; especialmente si se toma en cuenta la cantidad de días que los padres de los niños con varicela deben faltar a sus trabajos para cuidar a sus hijos, se puede concluir que la relación entre el costo de la práctica y su eficacia es favorable. Quizás estoy simplificando, pido perdón a los epidemiólogos, no lo sé, no tengo una opinión cerrada sobre el tema de vacunar o no a los niños contra la varicela, pero no es una enfermedad grave, ni suele causar complicaciones en la infancia.

Ahora bien, la realidad es que muchísimos niños de clase media y media alta (por lo menos en la ciudad de Buenos Aires) están recibiendo la vacuna en forma rutinaria indicada por sus médicos. ¿Entonces qué ocurre? Cada vez hay menos virus dando vueltas por ahí y, por lo tanto, cada vez es más probable que un niño no vacunado llegue a ser un adulto joven que no ha tenido varicela; y entonces la cosa cambia, porque no es muy lindo tener varicela de adulto (la enfermedad suele cursar en forma más virulenta, con mucha fiebre, mal estado general, riesgo de neumonía y de aborto o malformaciones si la mujer está embarazada). Con lo cual, me queda la duda: ¿Estoy cuidando bien a Manuel habiéndole recomendado a Daniela que no lo vacune por ahora? No lo sé. Veremos. Quizá tenga que ser el Estado el que se expida para no dejarnos a los médicos tan expuestos. Pienso que el calendario de las vacunas debería estar regulado por el Estado y que la decisión de vacunar a un niño no debería quedar en manos de los médicos en la consulta individual.

## Otras vacunas

Sin utilizar ejemplos de casos particulares con pacientes míos, diría que lo que está ocurriendo con las vacunas contra

el meningococo, el rotavirus y el HPV es similar a lo que ocurre con la varicela. Desde hace muchos años existe una vacuna contra el meningococo, que tiene cierta eficacia para prevenir las enfermedades causadas por este germen (entre ellos, la tan temida meningitis meningocócica) y que, por otra parte, es muy cara. Me imagino que lo primero que se le ocurre a cualquier persona que lee la frase anterior es lo siguiente: si existe la vacuna, ¿por qué no se vacuna a todos los niños? Y bueno, porque no es tan sencillo. Por un lado, la meningitis por meningococo es una enfermedad muy rara (pese a que se habla mucho de ella ya que cuando hay varios casos rápidamente la noticia sale en todos los diarios); por otro lado, la vacuna no es 100% eficaz, es decir, las ventajas no serían muy grandes a nivel poblacional y, por otro lado, el costo de la vacunación masiva y gratuita sería muy elevado. Corolario: el Estado no recomienda esta vacuna dentro del esquema obligatorio. Ahora bien, cuando vamos al caso individual, al del consultorio, cuando esa pregunta que se hizo el lector se la hace un padre que quiere cuidar a su hijo y que está dispuesto a pagar por ello, la cosa no es tan sencilla. Lo que yo hago en mi consulta es explicarles esto a mis pacientes, cuando son ellos quienes preguntan, y la mayoría decide no vacunar a sus hijos contra el meningococo. Pero, al igual que lo que ocurre en relación con la vacuna contra la varicela, ¿qué pasa cuando todos los compañeritos de un niño recibieron la vacuna contra el meningococo y ese padre siente que no está cuidando bien a su hijo? Por otra parte, como el tema es complejo y se trata de una vacuna que no está indicada en el calendario oficial de vacunación, cuando los padres me traen a su hijo para un control y no me preguntan nada acerca de este tema, yo directamente no les ofrezco la vacuna. ¿Está bien lo que hago? ¿No debería,

ya que me dedico a la prevención, por lo menos comentarles que existe una vacuna que podría evitar infecciones graves por meningococo, que yo no la recomiendo porque no me parece que tenga sentido, pero que si ellos quieren pueden vacunar a su hijo? Mirado de este modo parecería que es una conducta más adecuada que la que yo practico. Pero, entonces, en materia de prevención, ¿debemos los médicos plantear a nuestros pacientes todos los temas controvertidos y que ellos decidan, o debemos simplemente ofrecer y recomendar lo que está demostrado que tiene sentido? A lo largo de este libro iré ampliando esta incertidumbre, aunque no llegaré a una conclusión cerrada.

En relación con el rotavirus, desde hace algunos años existe una vacuna que claramente demostró disminuir las diarreas en los niños (el rotavirus es el principal responsable de la diarrea, aquella que en las propagandas oficiales conocíamos como “diarrea estival”). Desde el punto de vista epidemiológico la vacuna parecería disminuir la gravedad y la mortalidad de la diarrea infantil cuando se aplica a grandes poblaciones, sobre todo en la población más humilde; sin embargo, aún no está indicada en el plan de vacunación obligatoria. Por otra parte, la diarrea es una enfermedad banal en los niños bien nutridos y de medio socioeconómico adecuado, que no conlleva grandes peligros, y, por lo tanto, el dilema de ofrecerla o no en el caso individual del consultorio es más sencillo. Algunos pediatras y médicos de familia la ofrecen, y otros no.

Otra vacuna que salió recientemente al mercado (y a un precio muy alto, por cierto) es la del virus del HPV (papiloma virus humano). El HPV no tiene nada que ver con el HIV (mucha gente los confunde) y es un virus de transmisión sexual que se asocia con el desarrollo de cáncer de cuello

uterino. Casi todas las personas que tienen vida sexual están contagiadas con este virus y conviven con él, y solamente un número muy pequeño desarrollan cáncer de cuello. Esta nueva vacuna demostró ser eficaz para prevenir el contagio con HPV y el laboratorio que la fabrica está tratando de convencer a los médicos de que vacunemos a las mujeres de entre doce y veintidós años, antes de que se inicien sexualmente o de que tengan relaciones sin preservativos. En verdad, la vacuna es interesante porque, aún no lo sabemos, quizá dentro de un tiempo se logre demostrar que las mujeres vacunadas no desarrollarán cáncer de cuello uterino. Esto sería muy bueno ya que una enfermedad que hoy en día se detecta mediante el Papanicolaou (práctica preventiva que, como veremos más adelante, corresponde a la prevención secundaria) pasaría a prevenirse con una simple vacuna (prevención primaria). El problema, nuevamente, es que se trata de una vacuna nueva (y por lo tanto no tenemos aún suficientes datos acerca de sus potenciales efectos adversos), que el Estado todavía no se expidió en cuanto a su recomendación, que es muy cara (sobre todo si pensamos en vacunar a todas las mujeres) y, nuevamente, los médicos que intentamos cuidar a nuestros pacientes en el consultorio, estamos ahí, con la duda de qué hacer, ya que todavía ningún estudio demostró que las mujeres vacunadas pueden no hacerse el Papanicolaou y quedarse tranquilas de que no van a tener cáncer de cuello uterino.

## Resumen

Hemos hablado hasta ahora de la principal herramienta de prevención primaria: las vacunas. Hemos visto que son inocuas, que las ventajas son enormes y que las desventajas

están relacionadas sobre todo con el costo de aquellas que no son gratuitas y provistas por el Estado, con ciertas dudas en cuanto a su eficacia, con la dificultad de los pacientes de tomar decisiones cuando el tema no es tan sencillo y con las dudas que tenemos los médicos respecto de qué conducta tomar (nuevamente, con las vacunas que no son obligatorias o cuya recomendación no está estandarizada). Más allá de todo esto, a diferencia de lo que veremos más adelante en relación con la prevención secundaria, la prevención primaria casi no ofrece desventajas debido a que la persona a quien se le aplica una práctica preventiva primaria no queda expuesta a que la práctica la coloque en el rol de enfermo (este concepto se comprenderá con mayor profundidad más adelante), ya que sabe que es sana y seguirá siendo sana durante todo el proceso de puesta en práctica de la herramienta preventiva.

Antes de terminar este capítulo querría mencionar algunas prácticas que, además de la vacunación, también corresponden a la prevención primaria, pero simplemente a modo de ejemplo, para mostrar que se trata de prácticas que les ofrecemos a las personas sanas para que no se enfermen, o que no sufran daños, como el suplemento de flúor a los niños durante los primeros años de vida para disminuir la posibilidad de tener caries y el suplemento de ácido fólico durante el primer trimestre del embarazo para disminuir la posibilidad de que nazca un niño con problemas del desarrollo neurológico, como el mielomeningocele.

Hay otras tareas que hacemos los médicos en el consultorio que también forman parte de las prácticas preventivas primarias y cuyo objetivo también es evitar el daño en los individuos sanos. Algunos ejemplos son: la recomendación de usar el cinturón de seguridad en el automóvil y el casco en la

bicicleta y en la moto para evitar muertes y lesiones; la recomendación de usar el preservativo en todo tipo de relación sexual para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual y el embarazo no deseado; la recomendación de hacer actividad física (esta es una de las recomendaciones más eficaces para proteger la salud) y las explicaciones que les damos a los padres para evitar accidentes en los niños, tales como llevarlos en el asiento trasero del auto, en sillitas apropiadas, no dejar objetos o productos peligrosos a su alcance, etc. Todos estos ejemplos forman parte de lo que se conoce como “consejo médico”. Casi al final del libro desarrollaré más ampliamente este tema, cuyas implicaciones en la subjetividad de la relación médico-paciente en la práctica de la medicina preventiva me resultan muy interesantes.