

EDITORIAL

EL RETO DE LA TUBERCULOSIS EN PEDIATRIA

Durante siglos, la tuberculosis (TB) ha sido una de las infecciones más prevalentes como causa de morbilidad y mortalidad; llegando a ser equiparada con la «peste blanca». La mejora en las condiciones higiénicas, económicas y sanitarias de la población, contribuyeron al declinar de su importancia en los últimos 100 años. Declinar que resultó fuertemente potenciado con el advenimiento de la profilaxis mediante la vacuna de CALMETTE y GUERIN (1921); y de los antibióticos, en particular la estreptomina de WAKSMAN (1943).

Vislumbrada la posibilidad de su erradicación, algunos países potenciaron sectores de su política sanitaria con tal orientación. En la actualidad, las informaciones arrojan datos que demuestran sin paliativos el fracaso parcial de esa política sanitaria: no se ha conseguido la erradicación de la TB. Más aún, regionalmente han sido constatados brotes clínicos, en edades y con topografía prácticamente olvidadas en decenios precedentes.

En todo caso, el problema de la TB, que había pasado a segundo o tercer plano, ha recobrado nuevo interés en el último quinquenio. Así lo apoya el número de publicaciones aparecido en la literatura pediátrica; los debates en Mesas Redondas de reuniones científicas y las discusiones y discrepancias relacionadas con la profilaxis vacunal en el niño.

Vaya por delante la coincidencia general, de la falta de una información contrastable y suficiente para llevar a cabo un análisis estadístico y epidemiológico válidos (series hospitalarias, manejo de índices y tasas diferentes, no discriminación casos vacunados/no vacunados, edades diferentes o excluyentes, regiones con diferente desarrollo económico y sanitario).

Los indicadores demuestran la estabilización de índices y tasas; y desde luego la no disminución de su cuantía en forma paralela al desarrollo de nuestro país, en comparación con los indicadores de países desarrollados. En este estado de confusión, cualquier afirmación particular o parcial puede ser válida; pero su generalización, cuando menos aventurada si no peligrosa.

En el año 1968 iniciamos nuestro entrenamiento para la formación en pediatría en la Escuela Profesional de Pediatría de la Facultad de Medicina de Valladolid. La vacunación BCG era un hecho rutinario. En el año 1969 recibí la impronta de la asistencia en el Departamento de un caso de meningitis tuberculosa en una niña de 10 años, con las dificultades de diagnóstico inherentes al problema. En el transcurso de los años siguientes, el

calendario vacunal de la población mantenía la vacuna sistemática con BCG en el recién nacido. Ocasionalmente se efectuaban diagnósticos de TB pulmonar en escolares y adolescentes.

Por los años 70 se pusieron de manifiesto complicaciones postvacunales en lactantes, con exudaciones locales y adenitis regionales persistentes, que llegaban a requerir exéresis quirúrgica. La causa pudo haber sido un lote de vacunas cuyas cepas fueron inadecuadamente elaboradas; en todo caso, los responsables de la sanidad provincial decidieron retirar la práctica de la BCG del calendario vacunal.

A partir de 1977 comprobamos la aparición de casos de TB pulmonar y meníngea en lactantes, de curso grave, evoluciones tórpidas, mortalidad elevada y secuelas neurológicas, que no habíamos conocido desde el inicio de nuestra formación en el ámbito de la pediatría. La generalidad de los casos eran niños no vacunados. No disponemos de datos concernientes a los últimos años por razones elementales, ligadas a la clausura de nuestros servicios hospitalarios. Recientemente, expertos sanitarios de esta región han recibido un reconocimiento mediante accésit a premio, por un estudio que demuestra el rebrotar de la TB en nuestra provincia.

Por los años 80, aparecen publicaciones sobre rendimiento de la vacunación BCG y su relación con la prevalencia de la TB en regiones como Cataluña; concluyendo en la no necesidad de vacunación sistemática. Ciertamente se basaba en estudios en dispensarios, en particular sobre escolares y adolescentes. No es seguro que se controlaran casos hospitalarios, ni edades precoces. Por lo demás, el índice de prevalencia resulta muy desfavorable cuando se compara con el de países desarrollados. Aun con todo, el conjunto de trabajos concuerda en que el 80 % de la población afectada tiene menos de 15 años de edad y el análisis en el contexto nacional permite concluir sobre la escasa fiabilidad de los datos para la asunción de sus conclusiones.

El estudio realizado en siete hospitales del área de Madrid, entre 1980-84, muestra una edad media para la enfermedad de 3 años y 5 meses; una prevalencia máxima a los 2 años (17,8 %) y una agrupación del 57 % en los 4 primeros años de vida. Las conclusiones indican una mayor prevalencia en los primeros años; la estabilización de la incidencia en lugar de descenso; y repercusión o daño neurológico entre el 8 y 9,2 % de los casos.

El Boletín número 116 de nuestra Sociedad Regional, recoge la Mesa Redonda sobre Tuberculosis celebrada en marzo de 1985 en Zamora. En el presente número, aparece el trabajo de Arnaldo y Olazábal sobre el estudio de la prevalencia de la TB en la zona de salud de Treviás, Asturias. Los autores concluyen sobre la no necesidad de aplicación de la vacuna al nacer; proponiendo como alternativa la prueba de Mantoux a los 6 y 12 meses, controlando posteriormente la evolución con periodicidad anual.

Parece claro, que en la actualidad aún no hemos sido capaces de resolver el problema para tomar un camino definitivo. Retomando la dinámica previa; apreciada la disparidad de criterios en el estudio del problema y sus re-

sultados consecuentemente discrepantes; la falta de datos sobre infectados, enfermos, contactos, controles de viraje y de enfermos vacunados; las aportaciones centradas fundamentalmente en enfermos hospitalarios; la variabilidad de su incidencia (0,8 a 1,8 % de las infecciones atendidas en hospitales); la consideración de diferencias en los desarrollos regionales; el acúmulo de casos en la edad pediátrica (80 %); y en definitiva, la escasa fiabilidad global de los datos, no podemos más que concluir que el problema sigue abierto.

Esta situación es grave en sí misma, por cuanto supone de realidad sanitaria; por lo que urge el planteamiento de un estudio serio, para lograr un análisis realista. Como tantos otros problemas de salud, la responsabilidad de los profesionales clínicos, de los grupos de trabajo, y de la sanidad oficial se diluye. Si nuestra preocupación por la sanidad infantil es real, debemos apelar a la conciencia para no demorar la toma de iniciativa. El marco de la Sociedad de profesionales en la que trabajamos debe plantear un diseño, que con seguridad tendrá el apoyo logístico de las administraciones comunitarias. El reto está servido.

Valladolid, octubre de 1986.

JULIO ARDURA FERNÁNDEZ