

PROFILAXIS DE LA BRONQUITIS CRONICA CON VACUNOTERAPIA

Dres. G. FERNÁNDEZ GARCÍA, A. F. EUGERCIOS y E. ASÍN CARDIEL

Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid

Servicio de Aparato Respiratorio

Jefe: Dr. Gonzalo Fernández García

El problema de la bronquitis crónica, por las incapacidades temporales o definitivas que ocasiona, así como por el hecho de poner en auténtico peligro la vida del enfermo, tiene tal trascendencia, que se merece el que todos traigamos nuestros pequeños conocimientos, que todos aportemos nuestro ladrillo para contribuir a la erección del gran edificio dedicado a la profilaxis de las bronquitis crónicas.

El elogio y la diatriba, el entusiasmo y la desilusión han venido y vienen sucediéndose cuando se trata de enjuiciar el efecto protector de la vacunoterapia en las infecciones del aparato respiratorio. Nosotros traemos en esta comunicación los resultados de nuestra experiencia en este terreno, experiencia conseguida a lo largo de veinticinco años, con el empleo de diversos tipos de vacunas, haciendo especial hincapié en nuestros hallazgos clínicos. No hay tiempo, ni tampoco sería ortodoxo, en el espacio dedicado a una comunicación, para discutir las bases fisiopatológicas de las profilaxis vacunal en la bronquitis crónica. Los estudios de KAEMMERER, DSCHMIDT, LETTERER, RACKEMMAN; los más recientes de BIOZZI y HALPEN, y los españoles OEHLENG, ORTIZ DE LANDAZURI y SURINYACH, entre otros, se ocupan extensamente de un problema que aún sigue en la mesa de discusión.

Como base de discusión, y sin pretender sentar criterios ni muchos menos enmendar la plana a nadie, en el cuadro siguiente exponemos nuestro punto de vista acerca de la profilaxis de la bronquitis crónica; en este cuadro hemos subrayado aquellos aspectos sobre los cuales podríamos actuar mediante la vacunoterapia (cuadro N.º 1).

CUADRO N.º 1

	BROTOS AGUDOS.			
INDIVIDUAL...	}	TERRENO... ..	{	Factores locales Infecciosos (sinusitis, adenositis). Circulatorios (estasis). Estructurales (fibrosis, ectasias). Cuerpos extraños (niños).
			{	Factores generales Discreacción. Alt. metabólicas (obesidad, diabetes). «Predisposición».
		FACTORES EXÓGENOS (tabaco, alcohol).		
SOCIAL.....	}	CLIMATOLOGÍA.		
		POLUCIÓN DEL AIRE.		
		PROFESIÓN.		
		VIVIENDA.		
		VACUNOTERAPIA MASIVA.		

Los datos que a continuación exponemos están obtenidos después de revisar más de 2.500 fichas de enfermos respiratorios procedentes de los archivos de nuestro Servicio Hospitalario de la Cruz Roja y de la clínica privada. Hemos rechazado todos aquellos casos en los que había un componente alérgico dominante, así como otros insuficientemente estudiados o en vías de tratamiento. En resumen, hemos podido seleccionar 300 enfermos, cuyos diagnósticos antes de iniciar el tratamiento eran:

Rinobronquitis descendente... ..	45
Bronquitis recidivante	81
Bronquitis con reacción asmática... ..	77
Bronquitis crónica con brotes agudos	73
Bronquitis con enfisema... ..	24

Hemos empleado cuatro tipos de vacunas comerciales inyectables, que denominaremos A, B, C y D, así como una en cápsulas, de la cual nuestra experiencia es limitada hasta el momento y, al igual que haremos con las autovacunas, no serán objeto de este estudio. Además, hemos utilizado un tipo de vacuna específica graduada, que llamaremos E. Las vacunas tienen la siguiente composición, expresada en millones de gérmenes por ml.:

CUADRO N.º 2

A		B	
Neumococo	500	Neumococo	1.000
H. Influenzae	500	Estrepto Hemol	750
Catarralis	450	Catarralis	500
Estafilococo	400	Estafilococo	500
Estrepto Hemol	200	Neumobacilo... ..	250
C		D	
Neumococo	250	Neumococo	250
H. Influenzae	250	Estrepto Hemo'	250
Catarralis	50	Estafilococo	100
Neumobacilo	50	Catarralis	100
Estreptococo	25	Neumobacilo	100
		H. Influenzae	100
		Estrepto no Hemol	100
		Enterococo	50

VACUNAS... ..	}	STANDARD	}	Orales	}	Comprimidos.
						Cápsulas.
	}	ESPECÍFICAS... ..	}	Parenterales	}	Aerosoles.
						Inyectables.
						Autovacunas.
						Graduadas.

ASOCIACIONES...	}	ANTIBIÓTICOS.	}	Broncodilatadores.
		ANTIINFLAMATORIOS.		Fluidificantes.
		S. B. A.		
		VENTILOTERAPIA.		

Las vacunas específicas han sido preparadas previas pruebas intradérmicas y luego, de acuerdo con los resultados y en concentración global de mil millones de gérmenes por centímetro cúbico. Los hallazgos positivos de estas pruebas realizadas en 102 enfermos, los hemos creído interesantes y los exponemos en el siguiente cuadro, por orden de mayor a menor frecuencia:

H. Influenzae	69	Flavus	47
Neumobacilo	67	Estafilococo	45
Catarralis	62	Estrepto no Hemol	41
Estrepto Hemol	55	Neumococo	44
Bordet	50	Enterococo	17

En ningún caso hemos encontrado correlación alguna entre el resultado de estas pruebas cutáneas y los resultados bacteriológicos del esputo; incluso en los raros casos en que había coincidencia parcial de ambos procederes, las pruebas cutáneas tampoco eran más intensas frente a los gérmenes presentes en el esputo que frente a los restantes positivos. En cuanto a los hallazgos bacteriológicos de los esputos, tenemos los siguientes porcentajes:

Estafilococo	90 %	Neumobacilo	5,5 %
Catarralis	76 %	Enterococo	5,5 %
Estrepto Hemos	70 %	H. Influenzae	3 %
Neumococo	60 %	Bordet	3 %
Estrepto no Hemol	75 %	Flavus... ..	3 %

Llama poderosamente la atención esta discrepancia que, a nuestro juicio, explica gran parte de la inefectividad de ciertas autovacunas empleadas por otros autores, pero merece recordarse que los hallazgos de RECALERO en nuestro país son muy semejantes, en lo que a composición de esputos se refiere a los nuestros.

TECNICAS DE VACUNACION

Las vacunas de tipo A van asociadas a balsámicos y hemos seguido la pauta recomendada por el laboratorio que los prepara. Otro tanto hemos hecho con la vacuna G (ésta sin balsámicos), si bien con ésta empleamos una dosis mensual de «Rappel» hasta la primavera. Para las vacunas B y D, la pauta seguida es la que figura en el cuadro siguiente:

VACUNA B		VACUNA D	
Dosis	Intervalos	Dosis	Intervalos
I.D. 0,1 ml.	3 días	0,1 ml.	3 días
0,1 ml.		0,2 ml.	
I.D. 0,2 ml.		0,3 ml.	
0,2 ml.		0,4 ml.	
0,3 ml.		0,5 ml.	
0,4 ml.	5 días	0,5 ml.	5 días
0,5 ml.		0,7 ml.	
0,5 ml.		0,8 ml.	
0,7 ml.		1 c.c.	
0,8 ml.		1 c.c.	
0,9 ml.	7 días	1 c.c.	7 días
1 c.c.		1 c.c.	
1 c.c.		1 c.c.	
1 c.c.		1 c.c.	
1 c.c.		1,2 c.c.	
1 c.c.	y luego, eventual- te, cada 10 días.	1,2 c.c.	y luego, eventual- te, cada 12 días.
1,2 c.c.		1,2 c.c.	
		1,5 c.c.	

Para la vacuna E seguimos una técnica personal, que comienza al hacer las pruebas intradérmicas, que deben ser realizadas por la misma persona que haga después la lectura, único modo de subsanar los posibles errores técnicos. Para dicha lectura es preferible considerar la prueba de control como negativa siempre y valorar los demás resultados en relación con aquélla.

La pauta de administración varía según la intensidad de las pruebas y la reactividad cutánea del enfermo. En términos generales luctúa entre las empleadas para las vacunas B y D.

Otros datos técnicos a tener en cuenta son:

1.º Comenzar la vacunación al iniciarse el otoño, para alcanzar las dosis útiles antes de los primeros fríos, y continuarla hasta la estabilización climática primaveral.

2.º Empezar a inyectar siempre cuando el enfermo esté fuera de un brote agudo.

3.º Si apareciese uno de estos brotes en pleno tratamiento (¡no confundirlo con reacción vacunal!), generalmente no interrumpimos la vacuna, sino que repetimos la última dosis (o la reducimos en una o dos décimas) hasta la desaparición de aquél, y luego reanudamos la pauta habitual; eventualmente asociamos antibióticos y/o esteroides.

4.º Si las reacciones cutáneas han sido intensas, empezamos por menos de 0,1 ml. (diluyendo la vacuna al 1/10) y asociando una cobertura de antibióticos (bronquitis recidivante) o esteroides (si hay reacción asmática) en las primeras dosis y en los momentos más bruscos (0,5 a 0,7, por ejemplo).

5.º En caso de reacción vacunal volvemos a la dosis anterior a la causante de aquélla y la repetimos dos o tres veces; luego aumentamos de nuevo, y si repite la reacción, hay que quedarse fijos en la anterior y no sobrepasarla.

RESULTADOS

Con la vacuna A hemos tratado 60 casos, obteniendo un 16,6 % de resultados buenos, un 66,6 % de resultados regulares y un 15 % de fracasos absolutos. Aunque pobres, los mejores resultados se obtuvieron en las bronquitis recidivantes (menor número de recidivas), y los peores, en los que tenían reacción asmática. Actualmente hemos abandonado esta vacuna.

Con la vacuna B, los resultados han sido francamente mejores, con un 47,6 % de buenos resultados, y un 38,2 % de resultados generales, y un 13,5 % de fracasos. El grupo de las bronquitis con reacción asmática y el de las crónicas con agudizaciones han sido los más beneficiados. Hubo también más reacciones vacunales, pero que no obligaron a interrumpir el tratamiento.

Con la vacuna C, los resultados vuelven a ser peores, tal vez por la poca concentración de la misma o por falta de continuidad en el tratamiento («Rappel», mensual). Frente a un 47 % de buenos resultados y un 13 % de resultados aceptables, ha habido un 38 % de ineficacias.

Con la vacuna del grupo D mejoran sensiblemente los resultados, reduciéndose el número de fracasos al 22 %, y siendo los resultados aceptables y buenos de 53 % y 35 %, respectivamente.

Finalmente, el grupo específico es el que da en nuestras manos los mejores resultados, sin que sea mayor, con una vigilancia cuidadosa, el número de reacciones desagradables. Un 79 % de buenos resultados, un 10 % de regulares, y el mínimo de fracasos con un 11 %, hacen de este tipo de vacuna el más eficaz de los cinco seguidos con las vacunas B y D.

Para terminar señalaremos que, aparte de los fallos propios del método, hay otros frecuentes, pero fácilmente subsanables, a saber:

- 1.º Por mala técnica e indicación (yatrógenos).
- 2.º Por defectuosa aplicación, variando las dosis o los intervalos a su gusto la persona que las aplica.
- 3.º Por abandono del enfermo.