

VACUNACION ANTICATARRAL POR AREOSOL

DR. JOSÉ M.^a CORTADA MACÍAS

(Palma de Mallorca)

En una monografía editada hace algún tiempo por un laboratorio de nuestro país, exponía los primeros resultados obtenidos en la vacunación anticatarral preventiva por areosol en un lote de 130 bronquíticos inveterados. En este grupo de enfermos, escogidos al azar y sin distinguir cuál era la clase de broncopatía que padecían, los resultados fueron francamente esperanzadores: en un 69 % el resultado fue bueno, en un 18 % regular y en un 13 % malo. Ello nos animó a seguir con esta técnica y con un lote más numerosos de bronquíticos, 600. La casuística proviene de enfermos asistidos por el Servicio de Alergia de la Seguridad Social, que dirigimos, y de nuestra clínica particular.

Hemos usado una vacuna *standard* del mercado nacional, polivalente y exenta de fenol, para evitar acciones irritantes.

¿Cuál es el proceso inmunitario de esta vacunación? ¿Cómo se efectúa la producción de anticuerpos? Es evidente que es posible la absorción de sustancias a nivel alveolar y que la membrana del alvéolo puede permitir el paso de algo más que gases. Si admitimos este paso a través de la membrana alveolar, la formación de anticuerpos, una vez la vacuna en el torrente sanguíneo se hace, según el procedimiento clásico de reacción antígeno-anticuerpo. Si la vacuna no se absorbe o lo hace en mínima cantidad, entonces hemos de creer que la producción de anticuerpos se hace insitu a nivel del alvéolo y antes, en las más finas estructuras bronquiolares, y sus efectos beneficiosos vienen derivados de que este lugar es el que registra mayor acúmulo de gérmenes en los procesos bronquiales. Sería una acción inmunitaria local que es plenamente eficaz. Creemos que este segundo camino es el verdadero, ya que las reacciones que se presentan en estos vacunados son, en un número elevado, 86 %, del tipo de reacción bronquial defensivo-irritativa: aumento de la expectoración; siendo en cambio mucho menor el número de reacciones de tipo general: fiebre, malestar, etc. Por tanto, sería la acción de la vacuna actuando en el foco, lo que haría plenamente eficaz este sistema de vacunación, con una eficacia que supera en mucho, como después veremos, al método parenteral.

Podría objetarse que estos vacunados no reciben sólo este tratamiento, sino que, debido a la índole y cronicidad de su afección, son siempre poli-tratados. Aunque ello sea así, sólo en parte, ya que hemos restringido al máximo en estos enfermos los medicamentos, sobre todo los antibióticos, que sólo hemos empleado en casos extremos; también sucede lo mismo cuando se habla y se valoran otros métodos de vacunación, y, por lo tanto, los resultados y conclusiones son superponibles. Pero repetimos que hemos procurado que la vacuna fuese la medicación base, y restringimos al máximo toda otra terapia, sobre todo la antibiótica.

Hemos vacunado, pues, a 600 pacientes, distribuidos en 285 hombres y 315 mujeres. Ligera diferencia a favor de las mujeres, que atribuimos a mayor facilidad para asistir al tratamiento.

Edades:

Hasta 5 años	8
De 5-10 años	94
De 10-20 años	38
De 20-30 años	22
De 30-40 años	73
De 40-50 años	182
De 50-60 años	138
De 60-70 años	39
De más de 70 años	6

Llama la atención que entre los cuarenta y sesenta años está más del 50 % de los vacunados. También es notable la incidencia de niños. Coincide esto con lo que venimos observando: de que las broncopatías tienen dos épocas álgidas: la infancia y a partir de los cuarenta años.

Hemos observado que de los 102 niños vacunados, 78, que corresponden al 75 %, son niños con lactancia artificial o mixto. Ello es algo característico, que sería interesante profundizar. En los 203 hombres en edad de fumar hemos encontrado que eran fumadores de más de 10 cigarrillos diarios el 89 %, o sea, 180 pacientes.

Damos un relativo valor a la actividad laboral, ya que en nuestro medio el poli-empelo es frecuentísimo, pues durante la época turística tienen actividades relacionadas con la hostelería y el resto del año con la construcción, el campo o están en paro. Tampoco hemos concedido un gran valor a vivir y trabajar en la ciudad o en el campo. Hay una elevada mayoría de habitantes de ciudad en estos enfermos: un 92 % (552 del total), pero hay que tener en cuenta que los de la ciudad tienen fácil el tratamiento, al revés que los foráneos. Pero sí investigamos las actividades anteriores, sobre todo las de la época en que se manifestaron sus broncopatías; vemos que las distancias se acortan y que son un 60 % de ciudadanos, y el otro 40 % de campesinos los vacunados.

Si miramos la clasificación etiológica de los vacunados, vemos que es la siguiente:

Asma	58 %
Bronquiectasias	3 %
Bronquitis de repetición no disneizante	11 %
Cor pulmonale	13 %
Broncopatías de diversas etiologías	10 %
Fibrosis pulmonares	5 %

Para ello nos basamos en el diagnóstico en el momento de iniciar la vacunación, y en el asma englobamos las bacterianas y las mixtas, sin distinción de clases. En las bronquiectasias, sólo las comprobadas broncográficamente, que si fuera por la clínica nos pensamos serían muchas más, con disminución de otros apartados. Los cor pulmonale, prescindiendo de la etiología y considerando su estado al iniciar la vacunación. Abundan tanto los asmáticos debido a la índole de nuestro servicio de la Seguridad Social, que ha facilitado un buen contingente de vacunados.

El tratamiento empezó en septiembre y se prolongó hasta abril; para ello hemos tenido en cuenta las características climático-patológicas del medio en que nos desenvolvemos. Aquí hacemos la primera aseveración de que el tratamiento debe de ser largo y no interrumpirlo, aunque se presenten procesos interrecurrentes; ni aun los cuadros bronquiales agudos, de más o menos intensidad que algún vacunado ha presentado, han sido causa de que se suspendiese el tratamiento. Este, en las primeras sesiones, suele producir una ligera exacerbación de los síntomas bronquiales que estos enfermos suelen tener habitualmente, sobre todo un ligero aumento de la expectoración. Ya hemos dicho por qué; a los pocos días cesa por completo, pero hemos de reconocer que probablemente algún abandono prematuro en el tratamiento, ha tenido esta causa. Es necesario prevenir sobre ello al vacunado. El aumento de la expectoración se ha presentado en un tanto por ciento muy elevado de vacunados: en 516 del total, el 86 %. Otra manifestación reaccional es un ligero aumento de las temperaturas, con sensación opresiva y de cefalea que dura breves días y es de fácil corrección; la hemos observado en 288 casos, o sea, un 48 % de los vacunados. Es curioso que el hacer notar que el ya citado aumento de la expectoración va deslindado de un aumento notorio de la tos; el vacunado aísla perfectamente las dos cosas, dando preponderancia a una cosa o a otra. Con aumento de tos hemos visto 162 casos, o sea, un 27 % de los vacunados. La realidad es que en algunos vacunados coexiste alguna de estas alteraciones, pero siempre extremadamente benignas y sólo en los primeros días de la vacunación.

Creemos llegado el momento en que relatemos la técnica seguida. Administramos la vacuna por medio de un areosol corriente, empezando por la dosis de una décima de c.c. y aumentando progresivamente, según la edad y reaccionabilidad del paciente, hasta llegar a la cantidad de medio c.c., dosis que consideramos óptima, que alcanzamos en los 12-15 primeros días de vacunación, y que mantenemos hasta el final de la misma. Previamente administramos unas leves bocanadas, también por areosol, de un broncodilatador.

Con la dosis precitada inicial de una décima de c.c., y el aumento progresivo hasta 0,5 c.c., hacemos un areosol diario durante un período máximo de 12-15 días. Entonces proseguimos la vacunación con un areosol cada 3-4 días durante un mes; seguimos luego con una sesión semanal otro mes y continuamos hasta el período final con una sesión cada 14-15 días.

Para valorar los resultados hemos dividido a los vacunados en tres grupos, en relación a su constancia en la administración de la vacuna: en el 1.º grupo están los que han sido cumplidores de las normas en su totalidad: 378 pacientes, o sea, 63 % del total; en el 2.º grupo incluimos a aquellos que sólo acudieron al areosol los doce primeros días y luego un período de tiempo y regularidad variable; son en número de 78, o sea, el 13 % del total. El resto son pacientes que abandonaron el tratamiento en sus comienzos, bien por desidia, bien recelosos ante las leves reacciones que les producía; son 144 pacientes, o sea, el 24 % del total. Queremos hacer notar que de estos pacientes hubo 26 que abandonaron prácticamente en el inicio, menos de cuatro areosoles; pero a pesar de ello los incluimos en este grupo, a efectos de la valoración.

Es difícil el valorar exactamente los resultados, la eficacia de esta vacunación, ya que el lote de enfermos ha hecho difícil su control y porque muchos de ellos supervalorizan los resultados, sea en más o en menos. Y si a todo ello añadimos la «costumbre» a padecer enfriamientos en invierno que enmascara un correcto diagnóstico, veremos que la valoración de los resultados debe de tener un margen de variabilidad frente a la realidad. Por todo lo cual hemos procurado ser amplios

en la agrupación de pacientes para confrontar su estado postvacunación y los hemos dividido en tres grupos. En el 1.º incluimos aquellos pacientes que han pasado sus habituales temporadas de exacerbación bronquial sin que ésta se haya presentado en absoluto, o bien en grado tan mínimo que no les ha impedido sus actividades normales de la índole que sean; son aquellos que se muestran asombrados de que no hayan tenido prácticamente ninguna molestia derivada de su broncopatía. Son los resultados buenos. En un 2.º grupo se incluyen aquellos vacunados en los cuales sus molestias han sido muy leves en todos sentidos; infinitamente menores que antes de vacunarse. Son los resultados aceptables o regulares. Incluye a los vacunados en los que sin haber obtenido los resultados del anterior lote, la sintomatología bronquial que habitualmente aquejaban se ha visto disminuida; ellos mismos dicen que, sin estar bien, han estado mejor que antes, y, por último, un tercer grupo, en que la vacunación se ha mostrado ineficaz, nada se ha logrado: su resultado ha sido malo.

Según este criterio, podemos incluir en el primer apartado, resultados buenos, a 299 pacientes, en 49 % del total; con resultados regulares, a 72 pacientes, o sea, el 12 %, y con resultado malo, el resto: 229, o sea el 39 %. Y si valoramos conjuntamente los dos primeros grupos en los que la vacuna ha sido más o menos eficaz, la cifra de 371, 61 % del total, nos permite sentirnos optimistas y esperanzados en lo que hace referencia a este método de vacunación.

Y ello más si lo comparamos con los resultados obtenidos en dos lotes de 30 enfermos cada uno, a los que se les administró, a unos la misma vacuna sólo por vía parenteral, y al otro por vía de areosol y parenteral, o sea, una vacunación mixta. Veamos los resultados:

VIA PARENTERAL

Buenos resultados	6 (20 %)
Regulares	8 (24 %)
Malos	16 (56 %)

VIA MIXTA

Buenos resultados	14 (47 %)
Regulares	4 (13 %)
Malos	12 (40 %)

Vemos que los resultados obtenidos por vía parenteral son muy inferiores a los obtenidos por vía mixta (areosol e inyección) y que éstos son casi superponibles a los obtenidos únicamente al usar el areosol. Aunque los lotes de vacunados hayan sido reducidos, creemos que ello no resta valor a la comparación, ya que al aumentar las cifras aún debería de reducirse más los resultados buenos.

Por todo ello creemos que este método, prácticamente inocuo y de sencilla aplicación, debe de ser ampliamente difundido, ya que los resultados obtenidos son muy superiores a los de los métodos tradicionales de vacunación anticatarral-preventiva.