

LOS ELEMENTOS DE UNA CAMPAÑA ANTITUBERCULOSA EN 1965 *

Dr. PEDRO DOMINGO

Antiguo Director del Instituto del BCG de Cuba.
Del Comité de Expertos en Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud.

DANDO un paso atrás en las conclusiones del Dr. Luis Sayé, que tan sabiamente ha planteado los actuales problemas ligados a la lucha antituberculosa, y sin movernos del encuadre que él mismo ha hecho de esta cuestión al poner al día las más demostrativas experiencias de orden epidemiológico, creemos oportuno señalar:

Primero: El manifiesto interés que las autoridades sanitarias del país están poniendo en enfocar desde los mejores ángulos los problemas que una lucha de tal envergadura plantea, dado nuestro momento epidemiológico en relación con la tuberculosis.

Segundo: La constante llamada a la colaboración, de todo orden, que dichas autoridades reclaman, al objeto de que ningún esfuerzo posible quede sin utilizar.

Visto así el problema, es natural que la Real Academia de Medicina de Barcelona haya promovido una «Mesa Redonda» como la que hoy celebramos, y por ello

hemos de dar las gracias a sus rectores.

Guiados por uno y otro espíritu, esto es, el de las dichas autoridades sanitarias rectoras de la Lucha Antituberculosa y el de la Real Academia orientada por las ejemplares enseñanzas que Luis Sayé nos ha ofrecido; dando ahora ya por sabido, de todos los aquí reunidos, lo dicho y publicado sobre esta cuestión, quizás no sea inoportuno hacer resaltar los siguientes aspectos de orden práctico:

A. Acción profiláctica inmunitaria

Estamos aún muy lejos de haber obtenido los resultados que podemos alcanzar con la vacunación BCG.

En las poblaciones donde un catastro tuberculínico efectuado en los niños al ingresar en los colegios (5-6 años de edad) dé un porcentaje de alergias tuberculínicas superior al 20 %, es prudente disponer las cosas para que todo re-

* Trabajo leído como Académico Numerario en el Coloquio sobre «Las directrices generales de la obra antituberculosa en España». Sesión del día 23-II-65.

cién nacido sea vacunado. Para no salirnos de un encuadre práctico, tal vacunación puede iniciarse en todas las poblaciones afectadas por las cifras tuberculínicas señaladas partiendo de las maternidades y clínicas de partos, públicas y privadas, que existan en las mismas. Mientras tales cifras se desconozcan, la vacunación del recién nacido que ha tenido lugar en las instituciones señaladas puede extenderse a todo el país sin tener en cuenta otras circunstancias previas. Desde el comienzo, es muy conveniente una reglamentación que responsabilice con la misma a los directores de dichas instituciones.

En una etapa ulterior, una reglamentación señalará igualmente, como responsables de la vacunación del recién nacido, sea cual fuere el lugar del nacimiento, a los médicos, enfermeras o comadronas que hayan asistido el parto; según sus capacidades, efectuarán la vacunación o dirán a los interesados allí donde la misma pueda ser efectuada.

Para la vacunación del recién nacido son igualmente eficaces la inyección intradérmica de 0,1 miligramos de BCG o la administración por vía gástrica de 100 miligramos añadidos a la mitad de la leche de una toma de biberón, dando a seguido la otra mitad sin vacuna.

Cuando se utiliza la vía intradérmica, es conveniente inyectar a to-

dos los niños en la región deltoidea izquierda, al simple objeto de las ulteriores comprobaciones. La cicatriz vacunal al BCG correctamente aplicado es mucho más discreta que la correspondiente a la vacunación jenneneriana.

La administración por vía gástrica al recién nacido tiene el solo inconveniente de que médicos y familiares tiene la ulterior tendencia a referir todos los trastornos digestivos propios del lactante a la vacunación efectuada.

Ambas vías, así empleadas, permiten reconocer, a los dos meses, un viraje tuberculínico casi constante.

La vacunación del recién nacido, cualquiera que sea la técnica y vía utilizada, no requiere la prueba previa de la alergia. Después de los tres meses del nacimiento, la vacunación por vía intradérmica necesita ya pruebas tuberculínicas previas, las cuales son inútiles en la vacunación por vía digestiva, a no ser que por circunstancias especiales se quiera saber si el niño está ya infectado.

Los niños así vacunados, y con más razón los que no lo han sido, deben revacunarse o vacunarse al iniciar su edad escolar. Aconsejamos la vacunación indiscriminada por vía gástrica, esto es, sin prueba alérgica previa. Para ello, 100 miligramos de BCG se añadirán a un refresco o helado agradable, que no contenga preservativos bactericidas.

La administración sanitaria dispondrá de grupos-piloto al objeto de conocer la buena tolerancia y preparación de la vacuna y la evolución de la alergia antes y después de su administración. Tales grupos serán el exponente de lo que está ocurriendo en el gran grupo, y en los mismos se analizarán los aspectos que corresponden tanto a la técnica en general como a las particularidades correspondientes a la labor de los servicios e individuos relacionados con la misma.

Dos aspectos deberán ser muy cuidadosamente considerados:

a) *La cepa de BCG* utilizada para la preparación de la vacuna. No nos cansaremos de recomendar la cepa de «BCG Moreau», la cual en más de 20 años de empleo no nos ha dado ninguna complicación otorgando muy buenas proporciones de virajes alérgicos.

b) La forma de conservación de la vacuna, nunca a temperaturas superiores a 0 grados y bien protegida de la luz.

Para las campañas de vacunación en edad escolar, puede ser muy conveniente el tipo de vacuna que hemos denominado «Glacivacuna BCG», la cual consiste en un helado tipo «biscuit glacée», preparado sin bacteriostático, al que se añaden 100 miligramos de BCG por unidad en el momento de su elaboración. Su conservación deberá

ser a temperaturas de 10-20 grados bajo cero, quedando ostensiblemente inutilizado si se descongela, es decir, si en algún momento no se mantuvo el BCG en sus óptimas condiciones de conservación.

Para las campañas de vacunación en masa con «Glacivacuna BCG», es muy útil la asociación de los organismos sanitarios preparadores de vacuna con alguna empresa preparadora de helados que tenga difusión en grandes sectores del país.

Dos nuevas vacunaciones sistemáticas con BCG por vía gástrica, en forma de grandes campañas y de manera indiscriminada, son aún aconsejables: Una al finalizar la edad escolar y otra al ingresar en el Servicio militar los varones, y en el Servicio social las hembras.

Cuando no existan facilidades para la vacunación en masa o fuera de dichas campañas, debe recomendarse la vacunación por vía gástrica, sin pruebas alérgicas previas, empleando una vacuna BCG liofilizada, de más larga y fácil conservación, la cual se añadirá, en el momento del uso, a leche, agua o jugo de fruta. La dosis será siempre de 100 miligramos, y en zonas de alta contaminación o en conviventes con bacilíferos, médicos, enfermeras, etc., se podrá repetir anualmente o cada seis meses, según la tendencia mostrada a la desalergización, empleando la técnica señalada.

Será función de las autoridades sanitarias disponer o facilitar la vacunación BCG proporcionando la vacuna adquirida o preparada en sus propios institutos; controlar la conservación de la misma en las condiciones señaladas; realizar su transporte en vehículos refrigerados; organizar campañas sistemáticas para la vacunación en los colegios, centros militares y de asistencia social. Pero, sobre todo, ejerciendo su influencia y facilidades para la vacunación, cada vez en mayor escala, del recién nacido.

B. Acción policiaca sanitaria

1.º Los tres grandes recursos para la propaganda, de que hoy se dispone, la prensa, la radio y la televisión, deben utilizarse adecuadamente para llevar al público el convencimiento del valor que representa en el contagio, la dispersión por vía aérea de las partículas de saliva o el polvo salival. Los esputos que se escupen en la calle pueden ser muy bacilíferos en función de lugar y momento. Conviene no olvidar que casi un 50 % de infecciones son de origen desconocido. Una campaña sanitaria muy objetiva dirigida a lograr una conciencia pública que permita comprender como delito sanitario grave lo que no parece más que una mala costumbre, permitirá más tarde tener adecuado ambiente para castigarlo con una sanción.

En los sanatorios, hospitales, dispensarios y centros de asisten-

cia, deberán considerarse las propagandas sanitarias y de seguridad social sanitaria, en todo su valor, y en tal sentido efectuarán machacones esfuerzos, en todos los aspectos para crear una moral social sanitaria bien objetivada, al objeto de elevar a grados óptimos el sentido de responsabilidad. La Dirección de la Campaña anti-tuberculosa dará normas y proporcionará los medios de todo orden que puedan contribuir a dar efectividad a tal misión.

2.º El actual grado de contaminación tuberculosa del ganado bovino exige un control más riguroso de ese problema, iniciándose por el aspecto que corresponde a la industria lechera. Ninguna leche destinada directa o indirectamente a la alimentación humana debería ser de expendio autorizado a no ser la procedente de comarcas limpias por hallarse sometido el ganado a un control tuberculínico adecuadamente repetido. En todos los demás casos, la leche deberá ser pasteurizada en plantas particulares, colectivas o estatales.

Tanto partiendo de las investigaciones sanitarias sistematizadas, como las que tomen origen en los mataderos, iniciadas a través de los animales tuberculosos allí decomisados, deberá efectuarse un cuidadoso estudio de tal problema en toda su magnitud, señalándose etapas que tras llevar al ganadero la comprensión de su pro-

pio problema, del correspondiente al Estado y del que el mismo significa para los orientadores de la Sanidad pública, consiga, tras la adecuada armonización de las sanciones y las compensaciones, darle cima adecuadamente.

C. Campaña de desbacilización

La actual posibilidad de desbacilizar a los infectados, hasta hace poco mera ilusión, otorga nuevas posibilidades y responsabilidades. Contemplamos este asunto desde el ángulo sanitario, procurando hacerlo coincidir con el estrictamente médico. La sociedad, y en su nombre los orientadores y responsables de la sanidad pública, deben todas las consideraciones al ser humano que hace todo lo que está de su parte para no ser un peligro sanitario; pero ha de considerar con severidad a los que a este respecto se comporten antisocialmente.

Nuevos elementos y criterios de lucha han de añadirse o definirse. En esquema, los siguientes:

1.º Centros bacteriológicos integrados a la Campaña en los cuales sea posible detectar rápida y certeramente la presencia bacilar mediante cultivos y la gama de sensibilidad de los gérmenes a las distintas drogas hoy en uso.

2.º Manera y materiales adecuados para el transporte de los productos patológicos destinados al análisis a dichos centros.

3.º Núcleos de tratamiento, distribución gratuita de medicamentos, control de la toma de los mismos, investigación y corrección de las acciones secundarias, apreciación de las formas de resistencia bacilar y ajustes medicamentosos.

4.º Adiestramiento en el país o en el extranjero del personal técnico destinado a llevar a cabo este trabajo.

No debe olvidarse que las dos más importantes circunstancias susceptibles de hacer fracasar una campaña de desbacilización, haciendo persistir a los bacilíferos como tales, son:

1.º Fórmula mal ajustada del complejo de drogas.

2.º Irregularidad en la administración de las mismas.

La tríada Estreptomicina, Hidrazida y PAS, administrada convenientemente, resuelve por sí sola más del 80 % de desbacilizaciones cuando es realizada a individuos que siguen el tratamiento como es ordenado por el médico. El restante 20 % necesita otras fórmulas medicamentosas, con etionamida, pirazinamida, cicloserina, kanamicina, viomicina, tioacetazona... Algunos son infectados por gérmenes resistentes a una, dos o tres de las drogas señaladas. Otros han transformado sus gérmenes sensibles en resistentes. De ahí que la norma de acción conveniente sea

iniciar el tratamiento con las tres drogas ya clásicas mientras se espera el resultado del antibiograma. Una vez recibido éste, hacer los ajustes necesarios y, siendo las drogas bien toleradas, seguir el tratamiento durante todo el tiempo que los cánones han establecido como necesario, con firme seguridad, sin peligrosos optimismos ni dudas y, por encima de todo, sin interrupciones ni entrega a los caprichos del enfermo, siguiendo rigurosamente la marcha terapéutica desligada hasta cierto punto de una observación clínica excesiva.

A los seis meses, la más clara prueba de que la fórmula terapéutica no es la conveniente o que la administración medicamentosa no se está realizando convenientemente, será la persistencia bacilar. Un nuevo antibiograma determinará entonces con más precisión el origen de lo ocurrido; si el germen continúa siendo sensible a las drogas recomendadas, el fracaso deberá imputarse a irregularidades en la administración de los medicamentos; si la sensibilidad se ha modificado adquiriendo alguna forma de resistencia a una, dos o a las tres drogas, se seguirá pensando en una medicación insuficiente por limitación o discontinuidad en las dosis recibidas, se hará un reajuste medicamentoso y se multiplicará la vigilancia del enfermo, recomendando el ingreso en un sanatorio, dada la peligrosidad de estos enfermos eliminadores de tipos resistentes de bacilos. Cabe también

pensar en una reinfección bacilar con un tipo nuevo de germen resistente, circunstancia difícil de determinar y que justifica plenamente la adaptación de la conducta terapéutica a las orientaciones otorgadas por el antibiograma.

En los enfermos que mantengan infecciones cerradas o paucibacilares, hasta el extremo de hacer difícil o imposible los estudios bacteriológicos, manteniendo no obstante un proceso clínico activo, el reajuste terapéutico se hará teniendo en cuenta la gama de sensibilidades hallada en el antibiograma más reciente.

Finalizado el primer año de tratamiento, si la observación clínica y los exámenes bacteriológicos permiten pensar en la curación o desbacilización, se dará de alta al enfermo después que un adecuado control sanitario asegure que no irá a vivir a un foco bacilar, pues estando la resistencia específica ligada a la situación que Calmette denominó de premunición, la desbacilización equivale a la vuelta a la sensibilidad para la infección. Por ello consideramos que al finalizar el tratamiento sería aconsejable una vacunación con BCG, pero sobre ello no tenemos experiencia. De cualquier modo, se aconsejará al calificado ya como ex-bacilar, que vuelva a su centro de tratamiento así que alguno de los síntomas que definen la infección tuberculosa activa haga su reaparición.

Situados en el presente momen-

to, los aspectos más importantes que ha de resolver la Dirección de la Lucha hacen referencia, en primer lugar, a la creación de los tres o cuatro centros bacteriológicos necesarios de momento para España, dándoles, tanto en organización como en base técnica y económica, todo lo necesario para que puedan realizar una rutina rápida y eficaz en la captación y búsqueda del germen y el estudio de la sensibilidad bacilar a las distintas drogas. Es este aspecto el que Sayé ha puesto mayor interés en destacar. Por otra parte, deberá determinar los más corrientes complejos de drogas que deban ser administrados por vía gástrica, dispuestos en unidades que contengan, además, alguna sustancia añadida susceptible de ser fácilmente reconocida en la orina y que permita con facilidad tener la seguridad de que la medicación se está realizando correctamente.

Teniendo en cuenta que todo o gran parte del tratamiento se realizará en condiciones ambulatorias, compatibles con alguna forma de actividad, se procurará que las relaciones entre enfermo y centro de cura no lo abrumen con visitas excesivas y esperas innecesarias. Tal situación ambulatoria será princi-

palmente determinada por la peligrosidad mayor o menor que el bacilífero represente y se moverá dentro de las normas que hemos señalado. El sentido de responsabilidad sanitaria del bacilífero; su grado de cultura respecto al modo del contagio; su mayor o menor grado de eliminación bacilar; la condición del germen eliminado; su forma de vida, serán los principales elementos que habrán de tenerse en cuenta. Siempre que sea posible un cinturón de personas bien vacunadas constituirán sus más inmediatas relaciones.

Inútil señalar que las nuevas directrices que hoy se marcan para la lucha antituberculosa, en nada disminuyen el valor de las consideradas clásicas, las cuales deben continuar desempeñando su papel. Los centros de curación, sanatorios, dispensarios, examen periódico de las colectividades supuestas sanas, centros de rehabilitación, etcétera, tienen aún todo su valor en España, pues estamos lejos de la fase llamada de erradicación a la que ya llegaron algunos países. Solamente hemos de proclamar con orgullo que tanto los directivos de la Lucha Antituberculosa como el país han adquirido conciencia de lo que deben hacer para vencer, y están actuando en consecuencia.
