

Ejecución práctica de la desensibilización

M. Werner

En la literatura aparecen diferencias en las cifras de éxito de la desensibilización específica con extractos acuosos de alérgenos según los informes correspondientes a 14 autores que han publicado sus resultados con la desensibilización entre 1959 y 1969. De ello se desprende que, por ejemplo, Ferstl, con 1.551 enfermos, tuvo éxito en el 51,4 por 100, y Caplin, en 487 enfermos, en el 91 por 100 de los casos. Aunque estas cifras tan diferentes como se citan en el cuadro no permiten ninguna comparación realmente estadística, según los diferentes autores —que emplearon todos extractos acuosos y ningún semi-depot— en los resultados diversos de éxito global deben existir influencias dependientes del método o del enfermo que condicionan esta diversidad de resultados en el tratamiento.

Como cualquier resultado terapéutico (también el de la desensibilización específica) está supeditado a multitud de factores, nos hemos planteado la cuestión, juntamente con el grupo de colaboradores del profesor Gronemeyer, qué factores pueden influir en los resultados de la desensibilización; esta pregunta sólo puede contestarse

con un número extenso de enfermos heterogéneos, tratados con las mismas soluciones de alérgenos.

En nuestras investigaciones —llevadas a cabo desde 1962 a 1966 en la clínica del Asma en Bad Lipspringe y en el Departamento de Alergología de mi clínica en Pinneberg— empleamos, por tanto, solamente extractos acuosos de alérgenos, ya que sólo en éstos se logra una efectividad del alérgeno específico y no una concomitancia de las sustancias agregadas depot— o vehículo que pueden actuar como adyuvantes inespecíficos.

Después de finalizar la desensibilización hecha a 725 enfermos que habían padecido enfermedades alérgicas de nariz y del sistema bronquial, o sea, rinopatía vasomotora, en su mayoría polínica, y asma bronquial, los cuales habían sido tratados según el diagnóstico alergológico programado con los alérgenos de inhalación patógenos actuales, se les entregó un cuestionario con 44 preguntas, en el que se habían señalado gran número de peculiaridades con 75 posiciones. Estas 75 posiciones permitieron hacer un análisis estadístico de las relacio-

nes y factores que pudieran influir sobre el resultado del tratamiento. De estos resultados derivados de la estadística se pudo hacer una exposición sobre las influencias tanto positivas como negativas de los factores dependientes del enfermo y del método sometidos a discusión; hecho éste que hasta ahora no se tenía debidamente en cuenta al tomar las medidas de un tratamiento de desensibilización, pero que para el médico responsable tiene un considerable significado práctico. Al conocer estos hechos efectivos puede elaborar combinaciones en su tratamiento, cambiando los efectos de determinadas medidas que puedan revelarse como desfavorables o fallidas.

Del total de nuestros 725 enfermos, 28 no devolvieron el cuestionario; por tanto, en nuestras consideraciones estadísticas partimos de una cifra de 697 cuestionarios. Como base de comparación de nuestras investigaciones se tendrá en cuenta el resultado global de estos 697 enfermos. Según el mismo se clasifican como tratados "con éxito" 557 enfermos, lo que equivale a un 79,9 por 100, y 140 tratados "sin éxito", equivalente a 20,1 por 100 de la totalidad, de donde se desprende una variación de $\pm 1,5$ en la frecuencia porcentual.

Al contestar las preguntas sobre la influencia de los métodos de tratamiento partimos del hecho de que en nuestros casos el tratamiento prescrito se inició según el método estándar, con dosis crecientes de alérgenos, y después de llegar a la máxima dosis individual se continuó el tratamiento de mantenimiento, que corresponde a la "desensibilización perenne", según Walker por lo menos durante dos años; además, se aplicaron las "inyecciones de rappel" cada cuatro semanas.

Los resultados muestran, en cuanto a la duración del tratamiento, que después de un tratamiento de un año en el 79,3 por 100 $\pm 1,78$ de los casos se obtuvo éxito, sube esta cifra al cabo de dos y más años de tratamiento a más de 80,9 a 84,6 por 100. Igual que Bruun, debemos recomendar un tratamiento de más de dos años, partiendo de estas consideraciones.

Tal como es de esperar, un factor desfavorable es la interrupción del tratamiento. Al interrumpirse definitivamente o de modo

prematureo la desensibilización, aparecen estadísticamente sólo 59,7 por 100 $\pm 4,3$ "con éxito", frente al 84,2 por 100 $\pm 1,5$, de un tratamiento plenamente realizado. Una interrupción temporal, en la que a pesar de ello se alcanza la dosis máxima individual —aunque sea con retraso— no tiene ninguna influencia sobre el éxito del resultado. De ello hay que deducir que llegar a la dosis final resulta decisivo.

Resulta no sólo interesante, sino de un significado muy práctico, conocer los motivos dados por 113 enfermos para la interrupción definitiva del tratamiento: 60, o sea, más de la mitad siguieron el consejo de su médico y 53 interrumpieron ellos mismos la continuación. Como explicación se da en más del 70 por 100 los efectos secundarios o reacciones secundarias relacionados con la desensibilización. El cupo relativamente elevado de interrupciones del 17,8 por 100 sólo puede reducirse mediante la mejor preparación y correspondientes conocimientos del médico que hace el tratamiento.

El momento en que se produce la interrupción del tratamiento en el 41,1 por 100 de los casos, el primer semestre del tratamiento, o sea, el período en que surgen la mayoría de los efectos secundarios. Otras motivaciones se observan a los dieciocho meses de duración del tratamiento. Como explicación puede darse: la impaciencia de los individuos, la falta de comprensión o también la propia mejoría del cuadro clínico.

De gran significado práctico es también el atenerse al aumento prescrito de las dosis. Cuando se siguen las prescripciones de aumento de dosis, los resultados del tratamiento son considerablemente mejores que cuando se hace la aplicación en forma irregular. La cifra de 81,2 por 100 aparece frente al 64,5 por 100.

En la literatura se presta especial atención a la frecuencia de los fenómenos secundarios, que nosotros hemos dividido en efectos secundarios generales o inespecíficos y reacciones alérgicas secundarias. Según nuestras comprobaciones, la frecuencia de los fenómenos secundarios depende del número de alérgenos que haya en el extracto o en el grupo de alérgenos; la tasa de reacción por enfermo sube de 1,02 de un grupo de un alérgeno a 1,41 en un grupo de cuatro alérgenos. En los ex-

tractos con grupos de cinco alérgenos realmente no se observó esta tendencia creciente; sin embargo, la tasa de estos grupos está por encima del promedio de reacción de 1,33 por enfermo.

También nos ocupamos de la cuestión de si los resultados de la desensibilización eran diferentes en los enfermos con fenómenos secundarios de aquellos que no los tenían; coincidiendo con Frankland, Charpin y otros, tampoco pudimos nosotros comprobar ninguna diferencia notable en el tratamiento. Por consiguiente, las reacciones secundarias alérgicas y los efectos secundarios no influyen en el resultado del tratamiento. Según nuestras observaciones, parece que las reacciones secundarias alérgicas surgen más frecuentemente cuando se inyectan por vía intramuscular los extractos de alérgenos que cuando se hace por vía intra y subcutánea. Se inyectó a pocos enfermos por vía intramuscular, alcanzándose, al parecer, muy buenos resultados en el tratamiento. Debido al reducido número de inyecciones intramusculares que aplicamos en nuestros enfermos de investigación no se logró ningún significado estadístico. Creemos en todo caso que hay que

prevenir al médico de la inyección intramuscular con extractos acuosos de alérgenos.

Teniendo en cuenta la naturaleza y la composición de los extractos terapéuticos de alérgenos hay que añadir que los extractos que contienen pólenes parecen arrojar un coeficiente 3 por 100 mayor de éxito que los que no llevan pólenes. No se pueden señalar, sin embargo, notables diferencias en la eficacia entre los extractos de pólenes, de esporas de hongos, de pelo de animales, de polvo de madera y polvo de plumas de colchón. Por tanto, los resultados insatisfactorios del tratamiento no dependen de la clase de alérgenos utilizados, siempre que éstos o sus mezclas se atengan a las exigencias del diagnóstico.

Las influencias de los factores que dependen del enfermo deben ser así, pues, resumidas. Desensibilizamos 282 mujeres y 415 hombres; no se observó ninguna diferencia notable en los resultados del tratamiento entre ambos sexos.

Hasta aquí ha podido demostrarse una dependencia de los resultados de la desensibilización con relación a la edad del enfermo, ya que el mayor porcentaje de "éxitos"

RESUMEN DE LOS RESULTADOS

Resultado del tratamiento Factores influyentes	Resultados	
	Mejor	Peor
Duración de tratamiento	Tratamiento prolongado.	Por tratamiento más corto (<2 años).
Realización de tratamiento	Por tratamiento continuo, ininterrumpido.	Por interrupción de tratamiento.
Aumento de dosis	Por escalonamiento regular.	Por escalonamiento irregular.
Clase de alérgeno	Por extractos que contienen pólenes.	Por extractos sin pólenes.
Forma de aplicación	Por inyección intramuscular (?) (precaución por reacciones secundarias).	Por inyección intra o subcutánea.
Edad del enfermo	En 1.ª y 2.ª década de la vida.	A partir de 3.ª década.
Duración de enfermedad	Hasta el 7.º año.	A partir del 8.º año.
Manifestaciones orgánicas	En manifestaciones monosintomáticas.	En manifestaciones combinadas.

—aproximadamente 90 por 100— se observó en las dos primeras décadas de la vida, mientras que de treinta años en adelante pareció verse un retroceso del éxito. En las siguientes edades oscila el porcentaje entre 75 y 80 por 100, por lo que no se destaca una gran diferencia. El médico tuvo también que desensibilizar a enfermos de edad más avanzada. En cuanto a la leve disminución del éxito en las edades avanzadas, hay que considerar factores que son independientes de la propia edad.

Mediante el cálculo según el cuadro de los "m-x-n" se ve un coeficiente notablemente descendente del éxito a partir del octavo año de enfermedad, siendo los coeficientes de tipo medio y superiores en los primeros siete años. Se desprende de estas observaciones que el éxito del tratamiento de desensibilización disminuye al derivar las alteraciones patológicas —en el curso de una larga enfermedad—, que al principio eran solamente funcionales, o alteraciones estructurales y morfológicas de los órganos.

La interpretación estadística de los resultados de la desensibilización según las en-

fermedades y las combinaciones de enfermedades proporciona en la rinopatía alérgica aislada, así como en el asma bronquial exógeno-alérgica aislada, o sea, en las manifestaciones monosintomáticas, resultados considerablemente mejores que en la combinación de ambas enfermedades, igual que en la incorporación de manifestaciones alérgicas a otros sistemas orgánicos o en los trastornos ulteriores broncopulmonares. La calificación de enfermos "sin éxito" oscila en estos casos entre 27,0 y 59,0 por 100. En las manifestaciones combinadas rinobroncopulmonares, con un coeficiente de éxito entre 70 y 75 por 100, no se dispone, sin embargo, de ningún cálculo que permita rechazar el tratamiento de desensibilización por su escaso resultado. Estas observaciones han sido confirmadas a través de numerosos informes clínicos.

Nuestras investigaciones y observaciones sobre la influencia de los factores dependientes del enfermo y del método en los resultados de la desensibilización se simplifican mediante el siguiente resumen, reflejado en cuadro (ver página anterior).