

VACUNOTERAPIA EN LA PROFILAXIS DE LA BRONQUITIS CRONICA

Por los Dres. E. LÓPEZ-BOTET, R. BLANQUER y J. MERINO SESMA

FACULTAD DE MEDICINA DE VALENCIA

CATEDRA DE PATOLOGIA GENERAL

Profesor Carmena

Al abordar este tema pensamos que deberíamos sacar conclusiones de grandes sectores de una colectividad. Habría que separar dos grandes fracciones de población, vacunar una sola y comparar la evolución de ambas. Pero el número de variables complica la situación, y sería muy arriesgado sacar conclusiones.

Por de pronto no se enjuiciaría la vacunoterapia en sí, sino la vacuna utilizada, el ritmo de administración, la dosis y la duración del ensayo. Habría que procurar que ambas fracciones de la colectividad estudiada tuvieran análogas costumbres, idéntico consumo de tabaco, la misma respiración de humos, el mismo riesgo profesional, la misma exposición y defensa frente al frío, la misma capacidad para la imprudencia. Habría que escoger grupos que tuvieran análoga pulcritud para el cuidado inmediato de sus catarras o grupos descuidados con idéntico descuido. Y, naturalmente, habría que clasificar los individuos por edades desde la infancia donde la repetición es fácil y la encronización mucho menos, hasta la senectud donde la bronquitis crónica es un riesgo continuo.

Pero sobre todo observando en la clínica corriente la extraordinaria resistencia natural de muchos individuos frente al catarro, la facilidad de curación espontánea de otros y, en contraste, la tendencia a la repetición y el riesgo de encronización de algunos, piensa uno que son sólo estos últimos quienes necesitan de profilaxis. Al mismo tiempo, el escéptico que todos llevamos dentro piensa también que son los primeros quienes dan sus éxitos a la vacunación anticatarral y los últimos quienes le facilitan sus fracasos.

Cuando un procedimiento es de eficacia incuestionable, cualquier estadística es buena y elocuente; cuando su actividad es paliativa o coadyuvante, cualquier estadística es engañosa.

Para obtener alguna conclusión y un juicio personal más aproximado a la verdad hemos preferido confeccionar una estadística con pacientes cuyas bronquitis de repetición progresivamente más frecuente, hacen presumir una encronización inminente.

Al intentarlo hemos tropezado con la dificultad de escoger enfermos equiparables. Una vez establecido un mínimo de condiciones necesario para que los resultados pudieran compararse, nos hemos encontrado con que entre 7.000 historias de aparato respiratorio de nuestros archivos, sólo 49 cumplían dichas condiciones exactamente.

El número reducido de casos impide que nuestras conclusiones sean algo más que una orientación y una impresión clínica, no obstante hemos creído interesante aportarlas, aunque sólo sea como motivo de discusión.

Las condiciones exigidas han sido las siguientes:

- 1.º Edad entre cuarenta y sesenta años.
- 2.º Sexo masculino.
- 3.º Consumo de tabaco análogo (entre 10 y 15 cigarrillos diarios).
- 4.º Profesión sedentaria.
- 5.º Período de observación superior a seis años.
- 6.º Tratamiento estacional repetido en otoño e invierno con vacunas anticitarrales sin éxito.
- 7.º Abstinencia total de tabaco durante el período de observación.
- 8.º Catarros anuales en número superior a cuatro y pequeña bronquitis de fumador residual en los intervalos.

El grupo total de enfermos puede clasificarse, según la terapéutica seguida en los siguientes grupos:

- 1.º Once casos. Tratamiento ininterrumpido durante todo el año con vacuna anticatarral durante el tiempo de observación sin pausa alguna. Antibióticos en las agudizaciones catarrales.
- 2.º Antibióticos de amplio espectro a dosis medianas utilizados sin interrupción desde octubre a febrero. Catorce casos.
- 3.º Diez casos. Tratamiento ininterrumpido con vacuna anticatarral, como los anteriores, suplementado con una autovacuna. Y, naturalmente, antibióticos en las agudizaciones.
- 4.º Catorce casos combinando el tratamiento vacuna-autovacuna y la antibioterapia prolongada, ella sin interrupción y la segunda durante los meses de invierno.

Para comparar los resultados hemos tomado como patrón de efectividad óptima el cese de la expectoración residual y la reducción de los catarros, a uno como máximo, en el cuarto año de observación.

Esta efectividad óptima sólo la clasificamos:

- a) Tres casos del primer grupo.
- b) Seis del segundo grupo.
- c) Cinco del tercer grupo.
- d) Nueve del cuarto grupo.

TABLA I
VARONES (SUPRESION DE TABACO)

TRATAMIENTO	N.º casos	Mejoría	Mejoría %
Vacuna... .. .	11	3	27 %
Antibióticos	14	6	43 %
Vacuna + autovacuna	10	5	50 %
Vacuna + autovacuna + antibióticos	14	9	64 %

Es evidente que la combinación vacunoterapia prolongada e ininterrumpida con vacuna anticatarral y autovacuna asociada a una antibioterapia prolongada es el procedimiento mejor.

Es forzoso hacer un comentario respecto a la supresión o no supresión del tabaco. Entre nuestras historias hay muchas en las que el paciente siguió mejor o peor uno de los procedimientos citados, pero el hecho de no suprimir el tabaco tuvo como consecuencia resultados muy pobres.

Cabría preguntarse si la mejoría de los enfermos estudiados se debe a la terapia o a la supresión del tabaco.

Para contestarnos a esta pregunta hemos hecho una selección de dos grupos de enfermas no fumadoras que en lo demás cumplían las condiciones exigidas a los pacientes estudiados.

El primer grupo de 12 mujeres, que tenían más de cuatro catarros anuales y conservaban una pequeña expectoración residual en los intervalos, fue tratado con vacunoterapia y autovacunoterapia anticatarral prolongada. Previamente se hizo una cura intensa inicial con antibióticos, y las recaídas fueron también tratadas intensamente.

En el cuarto año de observación, cinco enfermas habían conseguido el estado óptimo de un catarro anual y ausencia de expectoración residual.

Análoga experiencia en 15 enfermas, pero con el suplemento de antibioterapia prolongada durante los meses fríos dio diez casos de éxito clínico.

TABLA II
MUJERES NO FUMADORAS

TRATAMIENTO	N.º casos	Mejoría	Mejoría %
Vacuna + autovacuna	12	5	42 %
Vacuna + autovacuna + antibióticos	15	10	67 %

Nuestra impresión clínica puede reducirse a lo siguiente:

- 1.º Cualquier procedimiento de profilaxis de la bronquitis crónica es ineficaz si no se suprime el tabaco.
- 2.º La vacunoterapia anticatarral es útil, especialmente si se asocia una vacuna *standard* con autovacunas y si se mantiene la vacunación todo el año.
- 3.º Los mejores resultados se obtienen si se incluye junto la vacunoterapia una cura con dosis media de antibióticos ininterrumpida durante los meses de invierno.