

# Prevención de la bronquitis crónica obstructiva

Doctor G. Manresa Formosa (Barcelona)

## LAS BASES

La prevención de un proceso patológico debe fundamentarse en unos principios básicos, difíciles de establecer en el caso concreto de las broncopatías crónicas disneizantes. No conociendo la causa fundamental de las bronquitis, es aún problemático establecer una prevención de la enfermedad propiamente dicha.

En el momento presente se planteen dos hipótesis de trabajo referentes a la etiopatogenia de la bronquitis crónica obstructiva. La defendida por Fletcher, que considera la hipersecreción bronquial como el fenómeno primario. La irritación, que actúa sobre el bronquio hiperirritable, sería la causa de la hipersecreción, y ésta, de la obstrucción bronquial, interviniendo la *infección* de la mucosa como factor desencadenante de las manifestaciones clínicas de la enfermedad. La de Orie, para quien la causa fundamental sería, por parte del bronquio, la hiperactividad y la hipersensibilidad alérgica, estarían influidos por factores endógenos de dos tipos: metabólicos y humorales, y por factores exógenos estimulantes, como el tabaquismo, agentes profesionales y la polución atmosférica. Los factores desencadenantes de las manifestaciones clínicas serían las infecciones víricas o bacterianas por un lado y los climatológicos ambientales, como el frío, la humedad, por otro.

La primera hipótesis, es decir, la inglesa, considera que la infección de la mucosa es un factor muy importante, atribuyéndole la obstrucción de las vías aéreas. La infección motivaría la obstrucción bronquial. Fletcher afirma que "las manifestaciones obstructivas son consecuencia de la infección y puede ser prevenida por medio de una quimioterapia adecuada".

La hipótesis holandesa, patrocinada por Grie, considera que la lucha contra la bronquitis crónica consiste en la aplicación de medidas terapéuticas y preventivas que se derivan del conocimiento parcial de la enfermedad.

Estas pueden resumirse en medidas profilácticas individuales tales como vacunación contra la gripe, eliminación de plumas y acolchados —evitar sensibilizaciones— y la oportuna inhalación de isoprenalina, para combatir la broncoconstricción. Medidas terapéuticas individuales, tales como el empleo de antihistamínicos, como la thiazinamina (Multergan), etcétera, y por fin medidas de higiene y Medicina sociales, como recursos antipolución atmosférica, antitabaquismo y vacunaciones antiinfluenza, sarampión, coqueluche, para evitar el impacto de estas afecciones sobre los bronquios.

Es decir, actuar sobre los mediadores de un terreno hipersensible o alérgico para evitar su desencadenamiento, sin olvidar

desde luego, la gran importancia de la infección.

## LA PREVENCION

Esta consiste en dos procederes, uno, inmunológico, las vacunas, y otro, la quimioprofilaxis.

I. *La vacunación* abarca dos clases: la vacunación antigripal y la vacunación antibacteriana. La primera se aplica una vez al año en dos inyecciones con un mes de intervalo y la segunda o antibacteriana de forma permanente o discontinua durante dos meses seguidos de dos meses de descanso.

II. *La quimioprofilaxis.* Esta puede realizarse mediante la administración de antibióticos y las sulfamidas "long-acting". Nuestra experiencia de la quimioprofilaxis se ha hecho con la sulfapirazinmetoxina, que ofrece la ventaja de actuar con sólo dosis de dos gramos por semana, administrada en una sola toma cada semana.

Según Fletcher, la quimioprofilaxis actuaría más como una terapéutica precoz que como una prevención real, pero no cabe dudar que realmente tiene un gran valor en el control de las exacerbaciones o brotes invernales recurrentes de la infección, reduciendo su gravedad y acortando el tiempo de duración.

Paroli, Ferliga, Bocarell y Liberti se muestran muy partidarios de la quimioprofilaxis con sulfas; Edwards, Francis y otros lo son menos y previenen con antibióticos.

## NUESTRA PRACTICA

Siempre hemos iniciado la quimioprofilaxis con sulfapirazinmetoxina (Longum) después de tratar convenientemente al paciente para compensarle y estabilizarle.

La hemos aplicado según los tres esquemas que comentamos a continuación:

a) Tratamiento del brote aplicando el antibiótico que requería el tipo de gérmenes aislados por cultivo. La duración del tratamiento ha sido de diez a catorce días. Los antibióticos empleados han sido tetraciclina, ampicilina, dicloxilina, doxicilina o cloramfenicol.

A continuación se ha administrado una pastilla de Longum a la semana.

El paciente ha recibido la terapéutica complementaria necesaria.

b) La primera semana de cada mes se administra de uno a uno y medio gramos de tetraciclina durante seis días.

Las tres semanas siguientes de cada mes, dos gramos semanales de sulfapirazinmetoxina en un comprimido a la semana.

El tratamiento complementario necesario.

c) Dos gramos de sulfapirazinmetoxina a la semana.

El antibiótico sólo administrarlo al iniciar el brote. El tratamiento complementario lo necesario.

## RESULTADOS

Hemos sometido a quimioprofilaxis con Longum a 320 pacientes bronquíticos crónicos obstructivos. Los resultados que comentamos se refieren a 80 pacientes controlados seis meses después, clínica bacteriológica y funcionalmente.

Se ha tenido especialmente en cuenta la mejoría subjetiva, el número de brotes y su intensidad, comparando con el estado del paciente durante el invierno anterior, es decir, 1969-1970, con el 1968-1969.

\* Referente a los gérmenes hallados y cultivados del esputo, los 80 casos estudiados ofrecen los siguientes datos bacteriológicos:

	Núm. enfermos	%
Neumococos.....	43	53
Catharralis.....	35	43
Estafilococos.....	31	38
Streptococos.....	31	38
Fusiformes.....	23	28
Hemóphilus.....	11	14
Seudomonas.....	3	3,5
Friedlander.....	1	1,2

De los 80 casos, 69 lograron mejora subjetiva y redujeron el número e intensidad de sus brotes, 11 no apreciaron el resultado propuesto. Se ha logrado una prevención positiva en el 85 por 100 de los casos.