

SERVICIO DE APARATO RESPIRATORIO

Profesor doctor JOSÉ ZAPATERO

Hospital Provincial

Madrid

QUIMIOPREVENCIÓN PROLONGADA EN LA BRONQUITIS CRÓNICA

Por los Dres. S. A. SANTAMARÍA HERRERO, J. ZAPATERO y F. GARCÍA MORENO

Con ocasión de la visita hecha por dos de nosotros en los años 1956 y 1957 al Brompton Hospital, de Londres, pudimos llegar a conocer las primicias de los resultados obtenidos con la terramicina y tetraciclina, empleados de modo permanente, en la bronquitis crónica por los clínicos de aquella institución.

A partir de los años citados empezamos a emplear la protección antibiótica, y nuestra experiencia se extiende a varios centenares de enfermos, pero únicamente se han recogido para esta comunicación los resultados obtenidos en 82 enfermos de nuestra enfermería del Hospital Provincial.

Durante la etapa invernal de los años 1963 al 1968 hemos hecho en nuestro Servicio de Aparato Respiratorio del Hospital Provincial de Madrid, una Quimioprolaxis prolongada en bronquíticos crónicos, reuniendo un grupo de 82 enfermos. Hicimos la protección dando el antibiótico dos veces en semana, distanciando las tomas cada tres días. Llevamos un control clínico semanal proporcionándoles unos impresos donde no tenían nada más que rellenar unas simples casillas en que se detallan todos los datos más importantes de Aparato Respiratorio.

Hemos hecho la protección antibiótica con seis grupos de enfermos seleccionados, siempre de modo aleatorio. Vamos a estudiar a continuación los grupos que hicimos y resultados que obtuvimos.

Primer grupo: Hecho con Sulfametoxipiridicina sola.

Ocho enfermos.

Preparado muy cómodo y muy barato.

Resultados: Tres enfermos (37,5 %), sin mejoría. Los cinco restantes (62,5 %), buena evolución.

Segundo grupo: Hecho con penicilina sintética por vía oral.

Resultados bastante mediocres en los diez enfermos en que se utilizó. La mitad no mostró ningún alivio. En los otros cinco casos, medianos resultados.

Tercer grupo: Con tetraciclina como único antibiótico.

Trece enfermos estudiados.

Obtuvimos franca mejoría en once casos (84,61 %); en dos enfermos (15,39 %) con cor pulmonale, ningún resultado.

Cuarto grupo: Asociación de sulfadepot con la tetraciclina.

Quince enfermos.

Resultados: Buena evolución en doce (80 %). Los tres restantes, sin modificación.

Quinto grupo: Tetraciclina más nistatina.

Veintiún enfermos.

Gran mejoría en dieciocho (85,7 %); los tres restantes (14,3 %), igual.

Sexto grupo: Ampicilina.

Quince enfermos.

De ellos, en trece (86 %), buena evolución, mientras que los otros dos (13,3 %) permanecen inalterables.

Hemos venido, pues, observando a 82 enfermos, cuya distribución diagnóstica y resultados esquematizamos a continuación:

- Veintiocho enfermos de bronquitis asmátiforme; de ellos, dieciocho (64,2 %) mejoraron. Los diez restantes (35,7 %) continuaron igual.
- Quince enfermos de cor pulmonale; nueve (60 %) se mejoraron de modo evidente, mientras que los seis restantes (40 %) siguieron igual.
- Veintisiete enfermos de bronquitis de repetición, con los que obtuvimos mejoría en veintiséis (29,2 %).
- Once enfermos de bronquiectasias; mejoró el 100 %.
- Por fin, un enfermo de absceso de pulmón, que también mejoró.

Como vemos, la proporción de mejorías logradas es grande y hace pensar en la utilidad de la protección antibiótica mantenida durante toda la época fría. Creemos que en los enfermos que padecen una bronquitis de repetición sin componente asmátiforme acusado, representa la indicación ideal. En el cor pulmonale y la bronquitis asmátiforme, los resultados fueron, en bastante, inferiores. En los casos de bronquiectasias conseguimos mejorías en todos ellos, por lo que se refiere a la frecuencia e intensidad de las agudizaciones; pero la expectoración, en cambio, se modificó relativamente poco.

Mención especial merece, por lo que a la totalidad del grupo se refiere, la marcada disminución que experimentaron en la presentación de incidentes catarrales. Las agudizaciones se hicieron menos frecuentes y ligeras. Tan sólo 12 (14,6 %) siguieron igual en cuanto a la facilidad de acatarrarse, pero no debemos olvidar que de ellos cinco corresponden a los grupos de penicilina sintética oral y de la sulfadepot sola, con lo que los resultados fueron más mediocres.

Si ahora, acorde a los resultados, a la hora de elegir un antibiótico como preventivo, analizamos el orden de preferencia, demos citar en primera línea a la tetraciclina sola o asociada a nistatina o preparados sulfadepot, y a la ampicilina.

Si de nuevo analizamos las observaciones registradas, eliminando los grupos de la penicilina sintética y de la sulfa sola, los resultados son:

- Veintidós enfermos de bronquitis de repetición, con un 100 % de mejoría.
- Diecisiete enfermos de bronquitis asmátiforme: trece mejorías (76,4 %) cuatro (23 %) igual.
- Catorce afectos de cor pulmonale: nueve (64,25 %) mejorados, mientras que los otros cinco no se beneficiaron.
- Diez enfermos con bronquiectasias, todos los cuales mejoraron; y
- Un absceso de pulmón crónico que también evolucionó favorablemente.

Conclusión: Hemos hecho una protección antibiótica, anticitarral durante la época invernal de los cinco últimos años, a un número de 82 enfermos, elegidos al azar afectados de bronquitis crónica. Divididos en seis grupos, hemos ensayado la utilidad de la sulfa-metoxipiridacina sola, penicilina sintética por vía oral, tetraciclina, tetraciclina más sulfadepot, tetraciclina más nistatina y ampiciclina administrados bisemanalmente. El tratamiento ha sido francamente útil, sobre todo en los cuatro últimos grupos mencionados, manifestándose fundamentalmente la mejoría, en que disminuyeron las incidencias catarrales y que cuando se presentaron fueron más suaves y de evolución abreviada. El grupo de la bronquitis de repetición fue el más agradecido a la terapéutica. En los casos de bronquitis asmatiforme y cor pulmonale, los resultados más imprevisibles. Los afectados de bronquiectasias mejoraron, pues en todos disminuyó la frecuencia e intensidad de las agudizaciones. Nuestros resultados son comparables a los obtenidos por los clínicos ingleses, que propinan a diario la quimioprotección, lo que representa un recargo en lo económico y en la frecuencia de intolerancias. Actualmente, en enfermos con abundante supuración, extendemos la protección a tres días en semana, y uno de los días, cuando menos en dos semanas del mes, utilizamos el cloranfenicol.