

## Prevención de las agudizaciones de las bronquitis crónicas

*Componentes: Doctores A. Agustí Vidal, L. Arcalis Arce, F. Coll Colomé, J. Conde Hernández, R. Cornudella Mir, G. Manresa Formosa, A. Pursell Ménguez*

*Moderador:*

*Doctor J. Zapatero Domínguez (Madrid)*

La bronquitis crónica es de las enfermedades que han alcanzado una mayor importancia en los últimos años. Su frecuencia ha aumentado considerablemente. Se puede calcular que un diez por ciento de los enfermos internados en los servicios de clínica médica hospitalaria son bronquíticos crónicos. Aunque no fuera más que por esta elevada frecuencia, su importancia quedaría justificada. La historia de la humanidad nunca ha registrado probablemente tantos bronquíticos crónicos como en la época actual. Ello sería debido, en primer término,

a la elevación de la edad media de vida. El viejo siempre tuvo fama de "gargajoso" y ahora hay más viejos que nunca. Otra de las circunstancias a considerar vendría dada por la frecuencia con que se consigue hoy la curación de muchos tuberculosos que, en épocas anteriores, estaban destinados a morir. Se trata de un aspecto que los médicos dedicados a este problema hemos estudiado de modo especial. Muchas de las tuberculosis pulmonares que curan lo hacen después de haber dejado una serie de secuelas lesionales a nivel del bronquio, del

tipo especialmente de la estenosis y de la ectasia, que acaban por convertir al tuberculoso curado en un bronquítico crónico. Así pues, la bronquitis crónica es con una cierta frecuencia una especie de tributo que debe pagar el ser humano por haberse curado de la tuberculosis pulmonar, y ello tanto en las formas de primoinfección como en las de reinfección. En un estudio realizado tratando de pesquisar la frecuencia de bronquíticos crónicos en tuberculosos pulmonares y su frecuencia en otros tipos de enfermería no tuberculosa, en los distintos servicios del antiguo Hospital Provincial de Madrid, y en el que se estudiaron un total de cuatrocientos cincuenta enfermos, vimos cómo la bronquitis crónica era casi dos veces y media más frecuente en el grupo de los tuberculosos pulmonares que en el integrado por la serie de enfermos distribuidos por distintos servicios médicos (no quirúrgicos) del hospital. Otro impuesto a pagar en la parcela de lo bronquial vendría representando por la progresiva polución del ambiente, y ello en virtud del llamado desarrollo industrial. De otra parte, es conocida de todos la acción nefanda del tabaquismo, que, pese a la serie de medidas de propaganda adoptadas, sigue aumentando el número de fumadores.

Nunca ha habido tantos viejos, tantos tuberculosos curados, tantos fumadores y tantos "pueblos humeantes" como en la época actual. A esto habría de añadirse la importancia de las espinas irritativas psicógenas en el asma y asimismo cabría también decir que jamás hubo probablemente en el mundo tantos cerebros torturados como en la época actual. Así pues, la entidad bronquitis crónica se nutre de substratos, muchos de los cuales han aumentado en la última época, como el grupo de los senectos, de los polutados, de los tuberculosos curados, de los tabacointoxicados y de los psíquicamente torturados.

A pesar de algunas opiniones en contrario, cuando la bronquitis crónica ha alcanzado la etapa de enfisema, estudios estadísticos de clínicos ingleses han venido a mostrar que a los cinco años de evolución la mortalidad alcanza un cincuenta por ciento y que a los diez años prácticamente han sucumbido todos los enfisematosos. La letalidad del bronquítico crónico,

una vez que se ha convertido en un enfisematoso, es algo mayor de la que ofrecía la tisis en la era preantibiótica. En aquel entonces era algo de lo que todos teníamos conciencia de lo que representaba a este propósito la terrible peste blanca. Por el contrario, de la bronquitis crónica se sigue creyendo que representa, como usted muy bien ha señalado en su pregunta, algo así como un achaque, pero nunca una enfermedad grave. Y a veces ni siquiera se la da la categoría de achaque. El enfermo que viene tosiendo y expectorando desde años y años no tiene conciencia de su enfermedad más que a partir del momento que comienza a tener fatiga, y todo lo anterior lo considera como una alteración intrascendente, dado que le ha permitido llevar una vida normal y nunca le obligó a guardar cama. Si el enfermo tomara conciencia de su mal y supiese que el que de joven tose o expectora acaba convirtiéndose muchas veces en un inválido respiratorio años después, es más que probable que disminuyera el número de las miserias respiratorias en la edad madura y en la vejez.

## EL BRONQUITICO CRONICO Y LOS ANTIBIOTICOS

El tratamiento prolongado con antibióticos de las bronquitis crónicas fue iniciado por los clínicos ingleses en los años 1956-1957. Se utilizaron preferentemente la terramicina y la tetraciclina y al principio se publicaron una serie de trabajos con resultados francamente favorables. Nosotros mismos, que tuvimos ocasión de observar las primicias de la experiencia clínica con ocasión de visitar el Hospital Brompton de Londres, comenzamos a emplear la cura antibiótica invernal, bien pronto, en España. En una serie de años tuvimos ocasión de emplear distintos antibióticos y en un trabajo publicado en 1968 en colaboración con los doctores Santa María y García Moreno resumimos nuestra experiencia. Los mejores resultados los obtuvimos con la ampicilina y, a continuación, con muy escasa diferencia, con la tetraciclina.

Los primeros peros al tratamiento permanente con dosis bacteriostáticas salieron

de un trabajo publicado por May en 1964. Con las dosis bacteriostáticas las recaídas las vio aparecer May a los siete días, por término medio, de ser suprimida la medicación. Con una dosis bacteriolítica (doble que la bacteriostática para la ampicilina) el promedio de las recaídas se alargó a los dos meses. Tras la publicación de May, apareció en 1966 un informe del Medical Research Council; tras un estudio estadístico realizado en una serie de clínicas inglesas, se confirmó el informe publicado en 1960 por la British Tuberculosis Association. El número de recaídas no se consiguió aminorar, pero sí la duración de las mismas. De otra parte, y esto es quizá lo más importante, la merma progresiva de la función respiratoria apareció con la misma frecuencia y grado en los tratados que en los no tratados. Así las cosas, el tratamiento permanente se sustituyó, en gran parte, por el tratamiento intermitente con ocasión de las agudizaciones y a dosis bactericidas, a ser posible, hasta conseguir que el esputo purulento se transforme en mucoso, para volver a repetirlo en cuanto vuelva a surgir la transformación purulenta. El tratamiento prolongado, nosotros nunca lo hicimos diario, sino siempre en días alternos y lo combinamos, también siempre, con el tratamiento de las agudizaciones que, como indicábamos en el trabajo referido, debe ser inmediato (tras percibir los primeros síntomas y aun en la duda) y reiterado (si tras unos días de mejoría vuelve la tos o la expectoración). Actualmente, esta reiteración la hacemos sistemáticamente y con

arreglo al esquema que llamamos 555, cuya pauta es la siguiente: cinco días de tratamiento, seguidos de cinco días de descanso y de nuevo otros cinco días de tratamiento, aunque el enfermo se encuentre bien. Cuando disminuye la vasodilatación de la mucosa bronquial, al disminuir la inflamación, los antibióticos pasan en mucho menor cuantía al interior de la luz bronquial y debe esperarse el retorno de las primitivas circunstancias tras la reimplantación del mismo nivel biológico de los gérmenes en los bronquios para instituir un segundo tratamiento.

El tratamiento prolongado de la bronquitis crónica cuenta en la última época con un importante auxiliar: las llamadas sulfas de acción hiperprolongada, entre las que es de destacar la sulfometoxipirazina, que es el derivado que tiene una mayor hemivida biológica (tiempo en que los valores hemáticos son superiores al cincuenta por ciento de la máxima concentración conseguida en sangre). Siete días después de haber tomado dos gramos de esta sulfamida de acción hiperprolongada, el nivel mantenido en sangre es aún veinte veces mayor que la concentración mínima inhibitoria. Nosotros no tenemos aún suficiente experiencia de esta nueva medicación. Sólo hemos podido seguir veintiséis enfermos en una temporada otoño-invernal; pero la serie de trabajos publicados, y de modo especial las comunicaciones presentadas en el último simposio de Milán, parecen descubrir un nuevo horizonte en la terapia de la bronquitis crónica.