

EL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA TUBERCULOSIS

Dr. DONATO G. ALARCÓN

ANTES DEL ADVENIMIENTO de la estreptomycin y de los recursos quimioterápicos, reinaba en el mundo tisiológico el concepto de que uno de los sostenes del trípode básico para obtener la curación de la enfermedad era el reposo. Los otros eran la alimentación adecuada y la aereación. De los tres sostenes, quizá sólo se mantiene en la actualidad con solidez el de la alimentación. Aún se cree, por la mayoría de los tisiólogos, que la tuberculosis no se cura con hambre. La miseria sigue influyendo en la tuberculosis, por lo que ésta tiene aún una causa de orden social y económico para condicionar su dominio.

Del reposo se llegó a hacer un verdadero rito, llegando a las exageraciones a que me referí en mi comunicación sobre el estado actual del tratamiento en el Congreso Nacional de Tuberculosis que se verificó hace dos años. El reposo se llegó a fanatizar, hasta lograr que el enfermo sólo respirase por sus propias fuerzas, quedando a cargo de los demás el alimentarlo, moverlo, asearlo, y se guardaba incluso el reposo de la voz. El extremo se obtuvo por Barach cuando inventó la máquina para lograr la apnea mediante inmovilización por presiones gaseosas en una cámara. Estos métodos, de manera curiosa, vinieron a oponerse a los usados anteriormente, consistentes en provocar el movimiento mediante ejercicios violentos que incluían el esquí, el montar a caballo, el pasear en caminos pedregosos, y hasta hubo máquina que imitaba el correr de un carro por un pedregal para provocar la agitación del enfermo que en su interior sufría una de las veleidades de la medicina.

Durante el reinado del credo del reposo, se impuso naturalmente la necesidad de crear las camas para poner en reposo a los enfermos tan numerosos en todo el mundo. Así, los Estados Unidos se llegaron a proveer de 120 000 camas, y los demás países procuraban tener una cama por cada defunción para atender a los enfermos, de tal manera que, dado lo lento y lo precario de los recursos terapéuticos, casi habría de esperarse que la cama se desocupara por un fallecido

para que la ocupara otro enfermo. Es evidente que la base para esta proporción era errónea e impráctica, aunque costosa.

Por eso, Bogen llegó a reclamar que debería abandonarse la norma de obtener una cama por cada defunción para adoptar la de una cama por cada enfermo de tuberculosis. El número de enfermos se calculaba a razón de diez por cada defunción, lo que significaría, por ejemplo, para los Estados Unidos, que debería tener, en 1940, alrededor de 700 000 camas, en vez de las 120 000 que había alcanzado como el país más rico del mundo.

México, naturalmente dada su pobreza, no podía acercarse al primer objetivo modesto de una cama por defunción, pues hubiese necesitado tener 12 000 camas, siguiendo la primera norma, y 120 000 siguiendo la norma de Bogen.

Por estas condiciones, el tratamiento de la tuberculosis en nuestro país tuvo que seguir otros senderos; los de la necesidad; y, sin poder discutir los beneficios del reposo por experiencia propia, porque sólo existían entonces menos de 2 000 camas de hospital para tuberculosos. En 1941, decíamos ante la Texas Tuberculosis Association en San Antonio: "El dispensario tiene a su cargo el tratamiento de la enfermedad benigna bien tolerada, en los que pueden beneficiarse de esta forma de tratamiento. Como nuestros hospitales y sanatorios están lejos de ser suficientes para admitir el gran número de casos activos, esta forma de trabajo es la más importante en nuestro país. Nuestra experiencia con el tratamiento ambulatorio es de las más extensas por esta circunstancia.

"Tratamos un número grande con reposo relativo en sus hogares y esos enfermos asisten a los dispensarios para el cuidado médico en mayor proporción de lo común en otros países. Esta condición especial de nuestro trabajo nos ha dado un concepto diferente del valor del tratamiento ambulatorio de la tuberculosis, aunque admitimos que el tratamiento institucional es mucho más deseable que el ambulatorio".

La experiencia obtenida en los primeros 10 años en el Sanatorio de Huipulco (1936), nos permitió hacer una comparación de los resultados del tratamiento sanatorial y del tratamiento ambulatorio en los casos tratados en clientela privada, y, si bien no deseamos extendernos en los detalles de esa comparación, sí podemos asegurar que ya en la época en que la cirugía del tórax obtenía sus primeros triunfos, representados por los buenos resultados del neumotórax, la toracoplastia y el neumotórax extrapleurale, se pudo concluir que los obtenidos en clientela por la cirugía sin reposo institucional, sino con sólo el reposo mitigado, eran superiores a la postre a los obtenidos en el sanatorio, no obstante que en la institución las estancias llegaban por término medio a ocho meses, durante los cuales se mantenía el reposo en cama como regla. La causa de esta diferencia radicaba, sin duda, en: 1) La diversa actitud del enfermo que puede pagar su atención médica; 2) La mejor alimentación permanente del enfermo particular en comparación con la desastrosa vuelta al medio económico y su deficiente ali-

mentación, como consecuencia, en el enfermo que salía del sanatorio; éstas, entre otras causas menores.

Se obtenía un 65 por ciento de curaciones en el promedio de los casos de clientela privada, mediante el empleo de los recursos de la época (neumotórax, toracoplastia, neumo extrapleural) en tanto que las detenciones de la enfermedad de los internados en Huipulco, si bien igualaban esa proporción al salir del establecimiento, decaían con gran rapidez. El 50 por ciento de los casos de toracoplastia reingresaban por recaída, en tanto que las recaídas en el medio privado eran realmente raras.

Al presentarse la estreptomycin en el terreno terapéutico, y al observarse por primera vez resultados objetivos de un tratamiento médico, y más tarde, al hacer su brillante ingreso en la terapéutica, la isoniacida acompañada de recursos de menor importancia como el ácido paraminosalicílico, y las sulfonas, se pudo esperar mejores resultados del tratamiento ambulatorio.

La brevedad del tiempo concedido a esta exposición nos impide discurrir con amplitud sobre la marcha de los acontecimientos, y nos obliga a presentar la situación del tratamiento ambulatorio como es en los últimos años.

En la Conferencia Internacional de la Tuberculosis, que se verificó en enero de 1957 en Nueva Delhi, uno de los temas de ponencia fue los resultados clínicos y epidemiológicos de la quimioterapia ambulatoria en la tuberculosis pulmonar. La presentación de los eminentes autores sobre el asunto es de resumirse, mostrando el mínimo sugerente de las conclusiones. Griesbach (de Alemania) decía:

- 1) La quimioterapia ambulatoria es usada hoy en extensión considerable en la tuberculosis, ya esté en etapa contagiosa o no, en todas partes del mundo.

- 2) La quimioterapia es usada más frecuentemente con exclusión de otras formas de tratamiento en los países económicamente subdesarrollados, más que en los económicamente avanzados.

- 3) Nuestras investigaciones clínicas, unidas a los resultados de la encuesta cubriendo 9 648 casos, una parte de los cuales también se trataron en hospitales con o sin intervenciones quirúrgicas, justifican el uso del tratamiento ambulatorio.

- 4) Respecto de los resultados clínicos obtenidos, la evaluación del material muestra que, de un total de 5 988 casos de tuberculosis pulmonar activa, tratados con quimioterapia ambulatoria sin otro tratamiento, 4 490 (75 por ciento) se han curado o mejorado, y 1 498 (25 por ciento) han permanecido sin cambio o han empeorado.

- 5) Respecto de los resultados epidemiológicos, en la evaluación del material de 2 855 casos de tuberculosis pulmonar abierta, tratados ambulatoriamente con exclusión de toda forma de tratamiento, 1 889 (66.4 por ciento) se han vuelto no transmisibles. En 966 (33.6 por ciento) esta condición de transmisibilidad no ha cambiado, o ha empeorado.

Y concluye: "Nuestra experiencia muestra que no es posible mantener más tiempo la opinión, hasta ahora sostenida, de que la quimioterapia ambulatoria es inferior al tratamiento en el hospital o sanatorio para todas las formas de tuberculosis".

La indicación especial en cada caso en particular depende, no sólo del tipo y estado de la tuberculosis, sino de la actitud psicológica del enfermo hacia el medio, su trabajo y su enfermedad.

"Una indicación absoluta para el tratamiento en el hospital o en el sanatorio es la dada para los casos muy febriles (infección primaria neumónica, tuberculosis miliar, meningitis), y para los que una intervención quirúrgica grande o pequeña se proyecta. Esta indicación no debe sufrir ninguna limitación, aun si hay falta de camas institucionales".

Resumiendo la experiencia danesa hasta entonces, J. Gravesen y F. Hagn-Meincke, dicen en sus conclusiones de las que tomamos los asertos pertinentes: "De los tisiólogos daneses, 30 por ciento no habían comenzado a usar el tratamiento ambulatorio; 50 por ciento lo usaban limitadamente y 20 por ciento en mayor extensión. Los resultados inmediatos mostraron mejoría definida en el 50 por ciento de los casos de un grupo de 126 enfermos.

En Egipto, Latiff Hassan comunicó que en 749 casos dispensariales, los resultados fueron los siguientes:

Conversión de esputos a negativos	64%
Cierre completo de cavernas	43%
Reabsorción completa de infiltraciones	27%
Marcada reducción de tos y esputos	95%

Sólo 0.8 por ciento de muertes en el período de observación, que sería aproximadamente de seis meses previos a la entrada a los sanatorios, si ésta se encontraba necesaria al fin.

En Argel, Levi-Valensi y Molina encontraron después de tratamientos ambulatorios que van de 4 a 48 meses:

Curaciones clínicas, radiológicas y bacteriológicas	63%
Mejorías	19%
Estacionarios	7%
Agravaciones y recaídas	11%

Hacen notar que en las lesiones recientes obtuvieron 88 por ciento de mejorías y 70 por ciento de curaciones, contra 73 por ciento de mejorías y 42 por ciento de curaciones en los tuberculosos crónicos ya largamente tratados. Y que la mejoría fue de 90 por ciento y 64 por ciento de curaciones cuando el tratamiento

duró 6 meses a un año y 77 por ciento y 50 por ciento respectivamente cuando no excedió de tres meses.

Indudablemente que la experiencia de los países menos dotados de recursos económicos para la atención institucional nos interesa de manera principal, puesto que es obvio esperar que los mejor dotados, con un número de camas proporcionalmente suficiente (Estados Unidos) o excesivo (Dinamarca), tengan menos inclinación a abordar métodos diferentes, ya que no son forzados por la necesidad.

En este concepto, la experiencia de la India es muy ilustrativa. Si en ese país tan poblado se tratase simplemente de proveer de una cama por cada defunción, se necesitarían 500 000 lechos para hacer frente a la necesidad. No se diga si se tuviese que atender a la exigencia de una cama por cada enfermo, pues entonces serían necesarias 5 millones de camas.

Por esa razón, el interés de los investigadores de la India es muy digno de observación.

La comunicación de B. K. Sikand y S. P. Pamyra informa de los resultados obtenidos en 652 casos tratados domiciliariamente, de los que se refieren 437 casos activos que han tenido cuando menos tres meses de tratamiento antimicrobiano, descartando los casos que han tenido tratamiento en años anteriores. Dividen los casos según la presencia o no de cavernas, siendo, de los primeros: 70 por ciento, y de los segundos: 29.1 por ciento.

La conversión de los esputos se obtuvo en 80.1 por ciento, sin tener en cuenta duración del tratamiento, terapéutica adicional y hospitalización.

Se obtuvo cierre de cavernas en 61 por ciento, siendo más tardía que la conversión de los esputos.

27.9 por ciento regresaron al trabajo después de 6 meses; 40.1 por ciento a los 9 meses (51.5 por ciento por todos). Recaídas: 17.5 por ciento de seis meses a tres años después, entre los que cooperaban al tratamiento; mientras que fue de 28.4 por ciento entre los que no cooperaban, siendo la mortalidad en estos dos grupos de 0.5 por ciento y 2.9 por ciento respectivamente. La suerte de los que no habían alcanzado el objetivo llamado: "Targetpoint", que eran 320 casos, se conoce: 84.4 por ciento, vivían aún después de un tiempo de seis meses a tres años.

La experiencia de Omedei Zorini es muy importante, porque este autor ha tenido la oportunidad de combinar la quimioterapia y antibioterapia, tanto en el régimen sanatorial, como en el dispensarial o ambulatorio.

En un grupo de 483 enfermos con tuberculosis exudativa, o de tuberculosis miliar de origen reciente, 216 se trataron como externos en un dispensario y 267 como internos en el Instituto Forlanini en Roma. Este autor, con justicia, se propuso valorar los resultados por su persistencia, es decir, por la frecuencia de las recaídas. El por ciento de recaídas en el grupo de externos fue de 9.72 por ciento y en el de internos de 6.74 por ciento.

La combinación del tratamiento antibio-quimioterápico con el colapso por neumotórax permitió reducir el por ciento de recaídas a 4.7.

Dicho autor examinó los diversos factores que intervienen en la causalidad de las recaídas, y llega a la conclusión de que la quimioterapia debe limitarse a los enfermos de tuberculosis de origen reciente cuyas condiciones económicas y sociales permitan llevar a cabo un régimen terapéutico estricto en sus domicilios, sin que traigan por esto el riesgo de la infección a los que los rodean.

Según el estudio del Comité de Investigación del Tratamiento de la Tuberculosis del Ministerio de Salud del Japón, la quimioterapia de la tuberculosis en forma ambulatoria es activa en todos los estados de la enfermedad, pero lo es menos que cuando se hace en el hospital. Hay cerca de 240 000 camas para tuberculosos en el Japón, o sea, cinco veces más que el número de muertes anuales por tuberculosis. Los casos evolutivos fueron estimados aproximadamente en 2 900 000 (3.4 por ciento de toda la población).

Veintisiete por ciento de esos enfermos recibieron tratamiento médico; 71.4 por ciento de ellos fueron tratados sólo por quimioterapia. Puede decirse que en el Japón la mayor parte de los tratamientos por quimioterapia son ambulatorios. La tuberculosis ha disminuído notablemente desde 1951, que fue cuando la quimioterapia de larga duración se popularizó en ese país. En 1954, un sondeo semejante se rehizo en un tercio de los distritos del año precedente y se estableció que 6.8 por ciento de los casos evolutivos de 1954 eran considerados como casi curados; 24.8 por ciento como mejorados; 50.3 por ciento no mostraban cambio, y se había observado una agravación en 17 por ciento; en tanto que 0.4 por ciento de casos nuevos se habían encontrado entre los que se habían considerado curados en 1953 (Tatsuro Isawaki).

Veamos lo que ha pasado en un país como Marruecos que, por el contrario, se encuentra más escasamente provisto de camas para tuberculosos, ya que hay, según R. Venator, sólo 3 lechos por cada 10 000 habitantes, cuando la morbilidad en el medio musulmán llega a 4 por ciento.

Para el autor, si bien el tratamiento hospitalario constituye sin duda el medio ideal, afirma que la mayor parte de los musulmanes se tratan de manera ambulatoria por la circunstancia antes dicha. El autor ha seguido 630 casos en Casablanca durante 1955; 241 en los servicios hospitalarios urbanos permaneciendo durante 4 a 5 meses; los resultados fueron los siguientes:

Curaciones:	41%
Mejorías:	37%
Estacionarios:	16%
Agravaciones:	14%

Lo que da un total de 78 por ciento de buenos resultados y 22 por ciento de malos resultados.

El tratamiento ambulatorio se hizo en 389 enfermos y los resultados han sido buenos, pero les falta tiempo de observación para considerarlos definitivos:

Curaciones:	37%
Mejorías:	34%
Estacionarios:	22%
Agravaciones:	7%

O sea, el 71 por ciento de buenos resultados y 29 por ciento de fracasos.

Chevanov, en Rusia, presentó sus observaciones en 9 442 enfermos tratados ambulatoriamente cuando eran moderadamente avanzados, y esto, dice, se aplicó, ya sea porque no había indicación de hospitalización, o porque el enfermo rehusó internarse. En ninguno del grupo se intervino quirúrgicamente, y muy pocos se trataron con neumotórax. De los 1 112 enfermos positivos en esputos, el bacilo desapareció en 517 (46.42 por ciento), siendo más rápido el resultado en los moderadamente avanzados (76.5 por ciento) y más modesto en los avanzados (24.7 por ciento).

Los resultados obtenidos en otros países son difícilmente comparables por diversas causas. Una de las más importantes es la tendencia a no usar el tratamiento ambulatorio en aquellos países bien provistos de camas, como en Suecia, donde, según Lundquist, casi no se emplea el tratamiento ambulatorio, sino que se recurre al hospitalario.

Tratando de asimilar el tratamiento a las condiciones de vida, la Sociedad de Tuberculosis de Escocia emprendió un estudio del tratamiento médico de la tuberculosis pulmonar sin abandonar el trabajo. Los enfermos no permanecieron en cama más tiempo que los sanos, y trabajaron en iguales condiciones. Cincuenta y siete enfermos, con tuberculosis en etapa no infecciosa y moderada, continuaron trabajando durante su tratamiento, en tanto que otros 58 se pusieron en cama al tratarse. Los enfermos que trabajaban respondieron al tratamiento tan favorablemente como los que no trabajaron. Sólo hubo la dificultad de cerciorarse de que los primeros tomaran las drogas con puntualidad.

En una experiencia en un hospital del Ejército de los Estados Unidos (Fitsimonds Hospital) permitiendo y aún alentando la actividad física del grupo que se comparó con los que guardaron reposo habitual, es interesante observar que los resultados fueron iguales en ambos grupos. En otra experiencia semejante, en Dearborn (Nedwicki), los resultados fueron iguales en el grupo en reposo que en el activo, no obstante que en este último se extremó la actividad, alentándolos a hacer deportes, calistenia, basket ball, etc., habiéndose registrado tres fracturas por lo violento de los ejercicios.

Otra causa de diferencia en resultados es el nivel económico y social de los enfermos. No puede compararse el medio de vida en que se encuentran los enfermos en Marruecos y en Argel con el que encuentran en Suiza y en Dinamarca

o Estados Unidos. A la salida de un enfermo del sanatorio en México le espera el hambre que motivó, en cierta medida, su caída como víctima de la enfermedad. Y al hablar de hambre se entiende con amplitud mayor todos los factores que la acompañan; hacinamiento, falta de higiene personal elemental, etc.

Otra razón para que las estadísticas de resultados no sean estrictamente comparables es el diverso concepto que se tiene de lo que es el tratamiento ambulatorio, puesto que para algunos es lo mismo que el domiciliario; es decir, que consiste en poner en su domicilio el enfermo en las mismas condiciones que al hospitalizado, mediante la visita de enfermeras, trabajadoras sociales que ayudan a resolver los problemas económicos y sociales del enfermo y, por tanto, a disminuir el factor stress, constituyendo así métodos de extensión hospitalaria que no pueden dar los mismos resultados que los observados en los países en que los enfermos se presentan en los dispensarios, reciben las medicinas y desaparecen hasta que voluntariamente recurren al mismo centro para su reaprovisionamiento. Muchos de ellos, en países de escasa educación, no vuelven. En Marruecos, el 60 por ciento de los enfermos ambulatorios se pierde de vista (¿por apatía o por empeoramiento?). Ambos factores intervienen.

Por ese motivo, en el Plan Acapulco, que es la experiencia inicialmente mejor hecha en México, se tuvo que variar la táctica inmediatamente después del primer año de trabajos, recurriéndose al método domiciliario, mediante las enfermeras visitadoras y el médico, por procedimientos censales a fin de lograr resultados más satisfactorios. Sin embargo, desde el primer año se logró la negativización de los esputos por examen directo en 70 por ciento; se hizo una selección de enfermos para métodos hospitalarios y método ambulatorio, trasladando los primeros a México para su internación. La experiencia ha sido de las más fructíferas en enseñanza, pues ha indicado los errores en que puede caerse al aplicar una técnica ciega a un problema multiforme y que requiere un esfuerzo tenaz y versátil.

No obstante las diferentes maneras de abordar el problema, y la diversidad de medios físicos en que se tienen que emplear, pueden extraerse conclusiones que no sean demasiado discutibles, y sí aplicables a la generalidad de las experiencias.

Tales son:

1. La tuberculosis pulmonar activa debe tratarse preferentemente en medio sanatorial u hospitalario cuando existen los recursos materiales para ello, pero el término de la estancia debe limitarse a las necesidades quirúrgicas, educativas y epidemiológicas.
2. Debe recurrirse al tratamiento ambulatorio en los casos recientes, no considerados muy avanzados o de gravedad acentuada, y que no constituyan problema social.

3. Para la hospitalización deben escogerse los casos muy avanzados para proteger a la comunidad: los de formas miliares o caseoneumónicas, multibacilíferos.

4. Por razones de orden psicológico, deben enviarse a los hospitales a los enfermos que no cooperan en sus tratamientos por inconstancia, extrema ignorancia o carencia de educación higiénica; esto requiere iniciación en esa disciplina en el medio hospitalario.

5. Los alcohólicos y antisociales, los toxicómanos, siguen siendo un problema social de importancia como puede observarse en Estados Unidos, Francia y Suecia donde se han constituido en el reservorio más peligroso de la enfermedad. Este problema requiere atención particularmente seria mediante la reclusión en establecimientos especiales que traten los dos aspectos de su peligrosidad.

6. La lucha contra la tuberculosis ha salido de la forma que requiere una lenta evolución higiénica y educativa de las masas para dominarse la enfermedad. Es posible ahora limitar la exigencia de camas para enfermos avanzados, enfermos quirúrgicos y grupos de enfermos antisociales o toxicómanos, reservándose para el resto de la comunidad el uso de los recursos ambulatorios, siempre que sean manejados por personas calificadas. La necesidad de que los enfermos sean tratados por el especialista, de preferencia, y no por el médico general, depende de la exigencia de que el problema sea conocido por el médico en todos sus aspectos, como lo es sólo por el especializado.