

## TRATAMIENTO HOSPITALARIO DEL ENFERMO TUBERCULOSO

Dr. FERNANDO RÉBORA

**L**A BIOPROFILAXIS y la quimioprofilaxis persiguen una finalidad de gran alcance y de enormes posibilidades sanitarias; nunca puede compararse esta labor con la labor relativamente circunscrita y local que constituye el medio hospitalario; pero no por ello vamos a desvirtuar y a considerar de poca importancia el papel del hospital o del sanatorio en el tratamiento de la tuberculosis. En nuestro medio, la morbilidad de la tuberculosis sigue siendo muy elevada y de un alto índice; el número de pacientes que requieren de la intervención quirúrgica desgraciadamente sigue siendo muy alto y, por consiguiente, a pesar de la gran ayuda que las nuevas ideas en el tratamiento ambulatorio significan en desahogo del trabajo del hospital, considero que en nuestro medio estamos todavía muy lejos de tener un número suficiente de camas de hospital. Creo que todavía es necesario incrementarlas para poder atender el problema inmediato de aquellos enfermos que requieren una atención hospitalaria inmediata. En lo que se refiere a este tema, diremos, desde luego, que las nuevas adquisiciones (y el calificativo de nuevas ya va siendo un poco discutible, en vista de que algunas de ellas tienen cerca de 14 años), han modificado en forma radical el tratamiento de nuestros enfermos hospitalarios; a ello debemos agregar indudablemente los avances en el tratamiento quirúrgico, avances logrados gracias a un mejor conocimiento de la anatomía; a los progresos en la anestesia, en la técnica quirúrgica y en la práctica de las transfusiones; todo ello ha permitido que el cirujano colabore al tratamiento de la tuberculosis en una forma mucho más amplia y más racional.

Por lo que respecta al tratamiento hospitalario, indudablemente que de los tratamientos antiguos los únicos que todavía perduran son los que se refieren a la dieta y al reposo; ya el doctor Alarcón señaló la importancia menor que se concede al reposo; hemos oído de él que inclusive en algunos hospitales los dedican a deportes; opino que si asociamos el reposo que, cuando no contábamos con antibióticos, demostró su eficiencia en el tratamiento, junto con los medicamentos y la

cirugía. los resultados serán mucho mejores. Indudablemente que el reposo que actualmente llevan nuestros pacientes en el hospital no es tan extremado ni tan exagerado como lo era hace algunos años. En cuanto a la dieta, hace mucho que pasó la idea de que el enfermo tuberculoso ha de ser un paciente al que hay que cebar, al que hay que engordar. Al contrario, la dieta debe ser una dieta balanceada, que cumpla con sus requisitos calóricos, y en esta forma encontraremos en ella un excelente aliado en el tratamiento de la tuberculosis.

Abordando ya directamente lo que hacemos con nuestros pacientes tuberculosos en el medio hospitalario, diremos que contamos fundamentalmente con dos recursos: uno médico, con antibióticos y quimioterápicos, y otro a base de tratamiento quirúrgico; debemos puntualizar, desde luego, que la buena planeación de un tratamiento en un enfermo tuberculoso no estriba en ser unilateral, al contrario, hay que establecer un plan de campaña, saber hasta dónde y lo que se debe esperar del tratamiento médico y planear una intervención quirúrgica oportuna que venga a completar la curación de nuestro paciente tuberculoso. En lo que se refiere al tratamiento médico, contamos con un sinnúmero de medicamentos, pero de ellos dos son los más importantes, me refiero, en primer lugar, a la isoniacida, y, en segundo lugar, a la estreptomycinina o su derivada, la dihidroestreptomycinina. El P.A.S., la viocina, la cicloserina, la kanamycinina y la pirazinamida representan otros medicamentos útiles, pero con indicaciones de segundo plano, perfectamente bien precisas. El tratamiento médico es un tratamiento absolutamente eficaz. Estoy en desacuerdo con las personas que aún tratan de considerarlo sin importancia, o, cuando menos, de poca importancia; a esas personas, partidarias de la cirugía, les recordaré simplemente que las intervenciones quirúrgicas pueden realizarse gracias a la acción protectora de los medicamentos.

¿Qué requisitos debe reunir el tratamiento médico? El tratamiento médico debe ser usado correctamente; siempre debe ser combinado y prolongarse por un tiempo adecuado. Aclaremos cada uno de estos conceptos. ¿Qué quiere decir correctamente? Correctamente quiere decir que se use en dosis suficientes. Me permitiré entrar en algunos detalles: la estreptomycinina o la dihidroestreptomycinina deben usarse a una dosis mínima de un gramo tres veces por semana. El utilizar dos gramos por semana, o un gramo por semana, trae como consecuencia provocar una resistencia temprana al antibiótico y, por consiguiente, poner al paciente en condiciones similares a las que tenía antes del advenimiento de estos medicamentos. El tratamiento debe ser combinado, es decir, debe asociarse con otros medicamentos antituberculosos eficaces; en esta forma, la resistencia se aplaza un poco más, y las posibilidades terapéuticas del fármaco son mucho mayores; finalmente los medicamentos deben ser empleados por un tiempo prolongado. Si bien sabemos cuándo empezamos el tratamiento, en cambio, es difícil saber cuándo vamos a terminarlo: será un año, dos años, tres años, no lo sabemos. El tiempo de administración depende fundamentalmente del caso en particular y del juicio que el clínico

haga de cada enfermo. Al entrar el paciente al sanatorio o al hospital, generalmente todo mundo pensará que se inicia ya el tratamiento; esto constituye una ilusión en la práctica. Los medicamentos están en manos del médico general, y él se ha encargado de emplearlos, a veces, satisfactoriamente, pero, la mayoría de los casos, en forma incompleta. Muchas veces nuestros pacientes llegan al medio hospitalario habiendo agotado el empleo de las drogas antituberculosas; en estos casos, la labor del hospital es realizar pruebas de sensibilidad y un certero juicio clínico antes de recurrir a los medicamentos que sean más eficaces. Las combinaciones que más frecuentemente empleamos en nuestro medio son la de isoniacida-P.A.S., y dihidroestreptomina-P.A.S.; sin embargo, hay una combinación que es muy empleada: la de la dihidroestreptomina con isoniacida, y, así como dije, que la dihidroestreptomina se empleaba a la dosis de un gramo tres veces por semana, la isoniacida debe emplearse a una dosis mínima de 4 a 6 mg. kilo peso por día; de tal manera que una dosis de 300 a 400 mg. diarios es una dosis generalmente suficiente para la mayor parte de los pacientes tuberculosos. Hay que tener en cuenta una circunstancia especial del tratamiento; la terapéutica médica logra rápidamente una mejoría clínica y, en un por ciento muy elevado, hace que los gérmenes desaparezcan del esputo; la conversión del esputo, su negativización, no debe ser un motivo que nos ilusione exageradamente, haciéndonos creer que nuestro paciente está en franca recuperación. Este dato debe ser coincidente siempre con los hallazgos de la radiología; es necesario comprobar que dichas mejorías corresponden a una mejoría radiológica; la radiología, en este sentido, constituye un punto muy importante para juzgar la evolución de nuestros pacientes tuberculosos; por lo general, el tratamiento médico en los medios hospitalarios se emplea durante un lapso de 4 a 6 meses, con el fin de disminuir la evolutibilidad del proceso y colocarlo en las condiciones óptimas para las intervenciones quirúrgicas. Es raro que de primera intención se practique éste, a menos que el tratamiento que el enfermo ya traía fuera del sanatorio lo haya colocado en las condiciones mejores para su intervención quirúrgica.

Otro importante aliado en el tratamiento hospitalario es la cirugía. A este respecto, ya mencioné que los adelantos en las técnicas han permitido realizar la cirugía de resección; pero también contamos con otro recurso importante, que es el colapso, sobre todo el colapso quirúrgico, y me refiero en concreto a la toracoplastia. La resección indudable y teóricamente tiene enormes ventajas; cuando menos, en teoría, suprime el foco evolutivo, el foco necrótico, y, por consiguiente, evita la recaída; sin embargo, esto no siempre se logra en forma integral y, por otro lado, la toracoplastia, con menos riesgos para el paciente, ha demostrado estadísticamente ser tan efectiva como la resección, naturalmente cuando está bien empleada; de tal manera, que no debemos ser unilaterales, ni "panreseccionistas", ni "pantoracoplastistas", sino que, en cada caso concreto, debemos hacer la elección de acuerdo con un juicio clínico crítico y severo, dándole a cada paciente

la indicación quirúrgica que le corresponde. Dentro de las otras medidas de colapso, una de las que goza todavía de cierto prestigio, es el neumoperitoneo, que se practica con bastante frecuencia; en cambio, el neumotórax, nuestro fiel aliado, nuestro único ayudante durante las épocas aciagas cuando no contábamos con los antibióticos, se encuentra en desgracia; creo que hemos sido injustos, ya que es un buen método terapéutico y que su éxito depende de que lo indiquemos en el caso correcto, sin llegar a las exageraciones a que tuvimos que llegar en épocas anteriores; por consiguiente, creo que, aún con limitaciones mucho mayores de las que tenía en épocas pasadas, el neumotórax sigue siendo una arma poderosa en el arsenal terapéutico del tisiólogo.

Finalmente, en el tratamiento de los enfermos tuberculosos en el medio hospitalario, hay un capítulo que desgraciadamente no ha sido cumplido en forma integral; me refiero a la rehabilitación del enfermo tuberculoso; el maestro Alarcón mencionó hace poco la experiencia en el Sanatorio de Huipulco de los enfermos que son dados de alta en condiciones satisfactorias. En el primer año, recaen un 25 por ciento; en el segundo y tercer años un 50 por ciento. Esto se debe a que las condiciones de vida fuera del sanatorio no son las favorables para lograr una curación definitiva del paciente; lo lógico, lo deseable, sería que nosotros mismos hiciéramos la rehabilitación del paciente tuberculoso, enseñándolo a trabajar, a ganarse la vida en una forma que le exija menos esfuerzo físico, y en esa forma, garantizando mejor los resultados de nuestro medio hospitalario; esto es costoso, difícil, y no hemos podido lograrlo. Sin embargo, cuando menos en el Sanatorio de Huipulco, desde hace años, y en una forma modesta, aprovechamos la estancia prolongada de nuestros pacientes para enseñarlos a leer y escribir, sabiendo que en esta forma los colocamos en condiciones mejores; por otro lado, y desde hace poco tiempo, hemos ensayado el hacer un taller modesto, enseñando a nuestros pacientes tuberculosos a adquirir nuevas habilidades; en esta forma creemos darle un sentido integral a la labor sanatorial para el tratamiento de los enfermos tuberculosos.