



14 de Noviembre del 2007 DÍA MUNDIAL DE EPOC.

El pudor de los hipócritas es la peluca de su calvicie moral.  
José Ingenieros.

Asociados Asociación Argentina de Medicina Respiratoria

En el día mundial de EPOC es inexorable comentar el GOLD como la gran guía para este año. Éste, nos dice que EPOC es una enfermedad prevenible y tratable; pero irreversible y sistémica. Pronostican un incremento de las muertes para los próximos años y un no menos importante aumento en los gastos en salud motivados por EPOC. Además, no hemos podido refutar el deprimente y setentista gráfico de historia natural de la sobrevida en EPOC de Peto y Fletcher. Por cierto, las dos únicas intervenciones médicas que nadie discute se ubican en los extremos de la historia natural de EPOC y son la cesación tabáquica (cuanto antes mejor) y la oxigenoterapia domiciliaria; pero en el medio de esa historia natural estamos nosotros, los neumonólogos y los pacientes. Otra noticia del 2007 fue la publicación del estudio TORCH desmoronando las altas expectativas en cambiar la mortalidad por culpa de una  $p < 0.051$ . Además con un resultado no esperado y por tanto difícil de explicar: fluticasona y neumonías se asociaron significativamente. Pero convengamos que fueron neumonías si se quiere “livianas” porque no incurrieron en mayor morbi-mortalidad; dato no menor en una población de EPOC moderado y grave con alta probabilidad de hospitalizarse por una infección respiratoria baja. Sin embargo, son claros los beneficios sobre reducción de exacerbaciones, FEV<sub>1</sub> y consecuentemente mejor calidad de vida que produjeron los corticoides inhalatorios en comparación con placebo. [Calverley PMA, et al. Salmeterol and Fluticasone Propionate and Survival in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. N Engl J Med 2007;356:775-89.]

En sintonía con este afán de quitarnos recursos terapéuticos, algunos meta-análisis concluían que los broncodilatadores de acción prolongada (LABA) aumentaban la mortalidad. Aquí, vale aclarar que como todo recurso estadístico puede malograrse, por lo que recomiendo la lectura de una revisión sistemática [Rodrigo GJ, Nannini LJ, Rodríguez Roisin R. Safety of long-acting beta agonists in stable COPD: a systematic review. Chest in press] sobre LABA en EPOC estable donde no solo nos reconcilia con estos fármacos sino que critica con gran altura la metodología en la revisión de Salpeter y colegas; quienes incluyeron trabajos que a su vez incluían resultados de otros ensayos también incluidos en los análisis finales por lo que se produjo una soberana redundancia. Además comparaban LABA y agonistas de acción corta en una misma bolsa y no tenían disponibles los datos del TORCH (más de 6000 pacientes). Por lo tanto la sensación es que recuperamos la indicación de los LABA sin padecer remordimientos y que junto a corticoides actúan mejor que por separado.

Ahora, las expectativas apuntan al tiotropio. Para mediados del 2008 tendremos los resultados del estudio UPLIFT. ¿Se quebrará finalmente el tobogán descendente del FEV<sub>1</sub> y se verá reflejado en la “p” de mortalidad?

Entre TORCH y UPLIFT como hitos en el tiempo, se están gestando las recomendaciones argentinas para EPOC buscando una mayor llegada al médico de atención primaria. Para nosotros los especialistas en medicina respiratoria que solemos menospreciar las guías de cabotaje, abundan guías y consensos en inglés y castellano para nuestra lectura en tiempo ocioso. Pero por favor si las recomendaciones no resultan de vuestro agrado, al menos no sean obstáculos de su divulgación. En definitiva, el objetivo común es el bienestar de los pacientes con EPOC. Habrá ocasión de críticas u observaciones.

Bartolomé Celli suele comentar la envidia que le producen los cardiólogos cuando compara sus enormes trabajos multicéntricos, sus “carros” y sus oficinas. No nos debería extrañar, cuando eligieron ser cardiólogos se produjo el sesgo, los más inteligentes y hábiles decidieron ser cardiólogos, del resto menos dotado salimos nosotros y otras tantas especialidades. Aunque nuestro hermano bolivariano no debería quejarse, es el único investigador que participó en los dos más grandes ensayos clínicos el TORCH y el UPLIFT. ¿Celli tendrá las dos especialidades?

Queremos un PLATINO argentino. No por resentimiento, no por merecimiento, sino por necesidad. GOLD, GARD, ALAT, AAMR me pregunto si significan algo para las autoridades sanitarias. Parecería que las estadísticas y estudios epidemiológicos en salud son como las cloacas, como no se ven no dan rédito político y por lo tanto no se hacen. No obstante, estudios poblacionales tan ambiciosos no se pueden concretar sin la aprobación oficial y menos aun sin una participación estatal activa. Nuestras autoridades de la AAMR harán el esfuerzo para vincular más estrechamente nuestra fuerza como asociación con los estamentos oficiales. El tabaco y las leyes en su contra han sido un ejemplo del modo en que se pueden convencer a los dirigentes de nuestras sanas intenciones que simplemente buscan trascender en beneficio de la patria y sus habitantes.

Probablemente, una ley antitabaco tiene más impacto sobre el EPOC venidero que cursos y charlas entre especialistas. Por supuesto, que el sentido de existencia de la AAMR no se limita a organizar congresos y cursos para especialistas. Sin involucrarse con el medio social, con nuestros legisladores y autoridades; se desdibujan los objetivos que llevaron a la creación de la AAMR en 1997 y el preciado legado de más de 30 años de Tisiología y Neumonología en Argentina.

Queridos neumonólogos, seamos ubicados, cuando los pacientes nos saludan gritando “maestro”, sepamos que no es una ponderación académica, es por los sueldos miserables que ganamos.

O cuando un discípulo interroga “Profesor que se siente cuando un paciente le agradece por haberlo curado” debe responder sinceramente “no lo sé joven, recuerde que siempre fui neumonólogo...”

Luis J Nannini.

Neumonólogo.

Coordinador Sección Inmunología y Enfermedades Obstructivas

Asociación Argentina de Medicina Respiratoria