

Desobediencia académica



Academic disobey

Sr. Editor,

El artículo de Cardinal-Fernández et al.¹ recoge 4 ideas fundamentales que podríamos concretar así: la definición clínica del SDRA ha evolucionado a lo largo del tiempo manteniendo un marco conceptual «rígido» basado en una lesión pulmonar aguda, mientras la nueva definición global del SDRA se hace más laxa e inclusiva, lo que tiene como positivo que facilita el reclutamiento en estudios clínicos. Sin embargo, la inclusión de grupos heterogéneos podría dificultar la demostración de resultados beneficiosos en estos estudios, alejándose del objetivo de una medicina personalizada y ralentizando la traslación de los avances científicos de la investigación básica a la clínica. Es decir, la principal queja es la dilución de la calidad metodológica.

Por un lado, querríamos apoyar la crítica realizada y, por otro, expandirla desde los criterios metodológicos hacia los criterios biológicos.

La nueva definición global del distrés² no recoge progresos ontológicos ni biológicos, que son los realmente interesantes, sino una expansión operativa con la que permitir el diagnóstico del distrés, ya que incorpora definiciones basadas en tecnologías como la pulsioximetría, la terapia de alto flujo, gasometrías y la imagen ecográfica. Estas incorporaciones buscan una mayor diversidad de escenarios clínico-sociales-geográficos y recoger, así, la mayoría de las prácticas clínicas. Así, por ejemplo, los autores señalan: *Patients with acute hypoxemic respiratory failure who are managed with HFNO do not meet the Berlin definition of ARDS*, sin embargo, en la práctica clínica esto no supone un problema³ e incluso demostraría la insuficiencia de la nueva definición en ciertos escenarios como el *awake ECMO*, por lo que incluso fallaría en su pretendida inclusividad.

Debido a que la nueva definición empeora la calidad de los estudios, ralentiza la progresión de la medicina de precisión y no añade nada desde el punto de vista biológico, surge una pregunta más interesante: ¿existe un deber de seguir esta nueva definición? Aparentemente, no existe razón ontológica, ni epistémica^{4,5}, ni deontológica para abandonar definitivamente la definición previa. No se motiva el cambio de definición por criterios biológicos sino por criterios de monitorización y de tratamiento no invasivo. Esta nueva definición es, por tanto, una nueva forma operativa que pretende integrar otras prácticas y otros escenarios sociosanitarios, pero no nos acerca más a la verdad, ya que ella misma no contiene más verdad que la definición previa. Quizás, por esta misma razón, deba existir desobediencia académica, en ciertos ámbitos sanitarios, hacia esta nueva definición global si realmente aspiramos a un mayor rigor, precisión y profundidad de conocimiento.

El conocimiento científico se basa en que lo enunciado (distrés respiratorio) sea preciso y claro, es decir, tenga un referente real restringido. Esta nueva definición no progresa en ese sentido, lo que puede ir contra los propios intereses como ya han comentado Cardinal-Fernández et al.¹.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que ninguno presenta conflictos de interés.

Bibliografía

1. Cardinal-Fernández P, Ortiz G, Blanch L. Definición global del síndrome de distrés respiratorio agudo: una visión epidemiológica. *Med Intensiva*. 2024;48:272–81, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2024.08.002>.
2. Matthay MA, Arabi Y, Arroliga AC, Bernard G, Bersten AD, Brochard LJ, et al. A new global definition of acute respiratory distress syndrome. *Am J Respir Crit Care Med*. 2024;209:37–47, <http://dx.doi.org/10.1164/rccm.202303-0558WS>. PMID: 37487152; PMCID: PMC10870872.
3. Wiesner O, Hadem J, Sommer W, Kühn C, Welte T, Hoepfer MM. Extracorporeal membrane oxygenation in a nonintubated patient with acute respiratory distress syndrome. *Eur Respir J*. 2012;40:1296–8, <http://dx.doi.org/10.1183/09031936.00076912>. Epub 2012 Aug 9. PMID: 22878882.
4. Rapezzi C, Lorenzini M. How far should guidelines be followed? *Eur Heart J Suppl*. 2020;22 Suppl L:L121–3, <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/suaa150>. PMID: 33239985; PMCID: PMC7673602.
5. Einav S, O'Connor M. The limitations of evidence-based medicine compel the practice of personalized medicine. *Intensive Care Med*. 2024;50:1323–6, <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-024-07528-y>. Epub 2024 Jun 27. PMID: 38935271.

Marcos Valiente Fernández*,
Francisco de Paula Delgado Moya,
Amanda Lesmes González de Aledo e Isaías Martín Badía

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mvalientefernandez@gmail.com
(M. Valiente Fernández).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2024.10.006>
0210-5691/ © 2024 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.