

Tratamiento de la crisis adrenal

Sr. Editor:

Con respecto al artículo "Hiperplasia suprarrenal congénita perdedora de sal en varones durante el período neonatal. ¿Es posible adelantarse a la emergencia metabólica?", publicado en *Archivos Argentinos de Pediatría* 2009;107(4):369-373; y en forma puntual, respecto al tratamiento de la crisis adrenal, es de hacer notar que al indicar hidrocortisona en dosis antiestrés grave: 60-100 mg/m²/dosis, endovenosa o intramuscular (generalmente 25 mg para un neonato), *no debe indicarse en forma conjunta tratamiento con mineralocorticoides*, ya que la hidrocortisona a altas dosis, posee adecuado efecto mineralocorticoide. Se han descripto casos de muerte por insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión arterial y convulsiones hipernatrémicas por tratamiento combinado con gluco y mineralocorticoides, y aporte en exceso de fluidos endovenosos.

Por lo que se sugiere realizar tratamiento inicial de la crisis adrenal de la siguiente manera:

- Reposición de volumen según grado de deshidratación y normas.
- Hidrocortisona 60-100 mg/m²/ dosis, endovenoso o intramuscular.

Sandra Verónica Tilitzky

Médica pediatra endocrinóloga.

Becaria hospitalaria, Servicio Endocrinología,
Área Pesquisa Neonatal. Hospital Nacional de Pediatría
"Prof. Dr. Juan P Garrahan"

1. Donaldson, MD, Thomas PH, Love JG, et al. Presentation, acute illness and learning difficulties in salt wasting 21-hydroxylase deficiency. *Arch Dis Child* 1994;70(3):214-218.
2. Pass KA, Lane PA, Feshoff PM, et al. US newborn screening system guidelines II: follow up of children, diagnosis, management, and evaluation. Statement of the Council of Regional Networks for Genetic Services (CORN). *J Pediatr* 2000;137(4): S1-S46.
3. Speiser PW. Congenital adrenal hyperplasia owing to 21-hydroxylase deficiency. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2001;30(1):31-59.
4. Clayton PE, Milles WL, Oberfield SE, et al. Consensus statement on 21-hydroxylase deficiency from the European Society for Paediatric Endocrinology and The Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society. *Horm Res* 2002;58(4):188-195.
5. Speiser PW, White PC. Medical progress. Congenital adrenal hyperplasia. *N Engl J Med* 2003;349(8):776-88.

En respuesta

Sr. Editor:

Nos dirigimos a usted con el objetivo de responder al comentario realizado por la Dra. Tilitzky en referencia a nuestra publicación "Hiperplasia suprarrenal congénita perdedora de sal en varones durante el período neonatal. ¿Es posible adelantarse a la emergencia metabólica?"¹

Estamos de acuerdo con la Dra. Tilitzky en que la hidrocortisona a altas dosis tiene efecto mineralocorticoide² y que la fludrocortisona se inicia una vez que el paciente

salió del período crítico, la dosis de hidrocortisona se encuentra en descenso y tolera adecuadamente la vía oral.^{3,4}

Hemos analizado en forma exhaustiva la bibliografía citada por la doctora y los progresos médicos publicados hasta el 2009³⁻⁶ y consideramos importante aclarar:

- El colapso cardiovascular que puede ocurrir en la hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) se debe al déficit de cortisol que contribuye a la disminución de la contractilidad miocárdica y reducida respuesta del tono vascular a las catecolaminas. La médula suprarrenal es dependiente de cortisol por lo que el déficit de catecolaminas agrava el shock. El déficit de aldosterona junto al cortisol, contribuye a la pérdida hidrosalina. Este es el momento de mayor riesgo de muerte en el período neonatal.^{4,6}
- En el estudio de Donaldson⁷ citado por la Dra., las causas de muerte de los cuatro casos se refieren: dos muertes secundarias a la crisis adrenal en 1968 y en 1975, un prematuro muerto por síndrome de dificultad respiratoria y enterocolitis necrotizante y una prematura muerta de 34 semanas tratada con dosis iatrogénicas de hidrocortisona entre 400 a 1500 mg/m²/día asociada a exceso de líquidos. Este último paciente, según el autor, fallece probablemente por excesivas dosis de hidrocortisona. El caso que cita con convulsiones hipernatrémicas relacionadas a tratamiento con exceso de líquidos endovenosos asociado a gluco y mineralocorticoides no es comparable con nuestra población dado que se trata de un niño pediátrico en edad escolar, en el que se evaluaron trastornos del aprendizaje a largo plazo.

No encontramos en la bibliografía actualizada ninguna otra referencia en relación a insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial o convulsiones hipernatrémicas por tratamiento con glucocorticoides y mineralocorticoides simultáneos en el período neonatal. En el resto de la bibliografía citada por la Dra. no hay pacientes muertos por tratamiento combinado.

Consideramos que nuestra publicación aporta al pediatra la fisiopatología que se debe conocer en profundidad para tratar la HSC en forma precoz y correcta. Se incurriría en un profundo error al confundir el shock de la HSC con un efecto adverso secundario a asociación de drogas, especialmente cuando el pediatra lector, alejado de las grandes ciudades, no cuenta con el apoyo del especialista endocrinólogo y del terapeuta neonatal para el manejo del niño grave.

Dr. Enrique Gebara y Dra. Mariel A. Fernández
Servicio de Neonatología, Clínica Bazterrica

1. Gebara E, Fernandez MA, Rojas SE, et al. Hiperplasia suprarrenal congénita perdedora de sal en varones durante el período neonatal. ¿Es posible adelantarse a la emergencia metabólica? *Arch Argent Pediatr* 2009;107(4):369-373.
2. Rose BD, Nieman LK. Hyponatremia and hyperkalemia in adrenal insufficiency. [Acceso: 24-2-2010]. [Disponible en: http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topickey=~ObEPJ4xX/BDnDMF&selectedtitle=1%7E1508source=search_result].
3. Merke DP. Treatment of classic congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency in infants and children. [Acceso: 24-2-2010]. [Disponible en: <http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topickey=~G>].

RM7R63cchXchyE&selectedTitle=47~150&source=search_result].

4. Palmert MR, Dahms WT. Abnormalities of sexual differentiation. Congenital adrenal hyperplasia. En: Martin RJ and Fanaroff, Walsh MC. Fanaroff and Martin's Neonatal Perinatal Medicine. 8ª ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2006. Págs. 1577-1596.
5. Speiser PW, White PC. Medical progress. Congenital adrenal hyperplasia. *N Engl J Med* 2003;349(8):776-88.
6. Riepe FG, Sippell WG. Recent advances in diagnosis, treatment and outcome of congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *Rev Endocr Metab Disord* 2007;8(4):349-63.
7. Donaldson MD, Thomas PH, Love JG, et al. Presentation, acute illness, and learning difficulties in salt wasting 21-hydroxylase deficiency. *Arch Dis Child* 1994;70(3):214-218.

Normalización para que la ética sea

Señor Editor:

En relación con el artículo publicado por la Subcomisión de Ética titulado "Una ética normalizada no es ética,"¹ acuerdo en los desafíos a los que se enfrentan los Comités de Ética en nuestro país, en que el desarrollo de los mismos ha sido francamente desigual, y que la burocracia no mejora su funcionamiento.

Sin embargo, deseo realizar algunas aclaraciones:

No puede desconocerse para quienes participamos en instituciones hospitalarias la disparidad en el desarrollo y funcionamiento de los Comités de Ética (cuando existen y funcionan), ni el carácter predominantemente piramidal de sus estructuras organizativas.

Tampoco es desconocido para quienes participamos en la actividad hospitalaria, el poder que las reglamentaciones otorgan a directivos y jefes de servicio, respecto al control y desarrollo de toda actividad en sus dependencias; y cómo en no pocas ocasiones se ejerce dicho poder de manera discrecional, cuando no abusivo, por no considerar ciertas actividades de "utilidad" o "necesarias".

No es infrecuente para quienes nos desenvolvemos en la actividad bioética en hospitales de la CABA y participamos en reuniones de miembros de Comités de Ética, que escuchamos que su funcionamiento se ve alterado, a veces impedido, por una serie de dificultades en la disponibilidad horaria de sus miembros, o en la estructura física para funcionar: falta de espacio, personal auxiliar, etc.

No puedo dejar de coincidir con el título del artículo que motiva esta presentación. Es verdad que una ética normalizada no es ética. Pero no puedo dejar de precisar que dicho título no se condice con lo central de la crítica que el artículo pretende. Los autores olvidan que los Comités Hospitalarios de Ética están normalizados.

Es innegable el valor del lenguaje para comunicar nuestras ideas, pero en su utilización se corre el riesgo que diciendo verdades pueda ocultarse la realidad. Porque si bien una ética normalizada no es ética, para que el concepto no sea mera entelequia en nuestros hospitales, deberán arbitrase los medios para que haya personas y estructuras concretas que posibiliten que la Ética sea.

Dice la nota que motiva esta reflexión "... la bioética resulta la única rama de la ética aplicada que cuenta con una figura institucional específica: los Comités hospitalarios de Ética. El desarrollo de los Comités de Ética en nuestro país ha sido progresivo, pero desigual. Uno de los principales desafíos que enfrentan los Comités es la construcción de una identidad compartida..."

La nota menciona varios desafíos que enfrentan los Comités. No se refiere a desafíos de la ética, como pareciera desprenderse del título, sino de los Comités, pero, para que tales desafíos o dificultades existan, primero deben existir los Comités. El principal desafío que estos enfrentan, es constituirse en las instituciones hospitalarias y que, constituidos, se les permita funcionar, dentro de los lineamientos que traza la bioética. Sin las condiciones que garanticen su funcionamiento, aunque sea mínimo, la Ética nunca podrá ser.

Lograr que se permita ejercer garantías y derechos puede concretarse de diferentes maneras: por acción directa de quienes se ven afectados en su ejercicio, es decir, intentar que los muchos o pocos con interés en que la Ética termine siendo, se agrupen para facilitar su desarrollo.

Otra forma de resolución de esta innegable realidad negativa, sería intentar, desde las esferas más altas de la autoridad sanitaria, impulsar y facilitar el desarrollo de la actividad en sus dependencias.

Si bien esta "intromisión" de la autoridad sanitaria daría razones al título Una Ética normalizada no es Ética, podría lograr normalizar el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Ética: garantizar su ejercicio o creación donde no existan, para permitir que una ética sea.

Como miembro del Programa creado por Resolución N° 0962 del Ministerio de Salud del Gobierno de la CABA, considero que el mismo demuestra el interés del Ministerio de relevar la realidad actual de la actividad de los Comités Hospitalarios de Ética, que sean creados donde no existan, y garantizar su pleno funcionamiento y autonomía, donde ya existan. En la actualidad no están garantizados por más declamaciones que se formulen.

Muchas veces se requieren decisiones políticas para destrabar situaciones que por la misma lógica del funcionamiento institucional se anquilosan o se cronifican. La realidad nos demuestra que se normaliza la Ética pero para que no sea, no exista, no moleste, o no inoportunamente.

No es objetivo ni es idea de quienes integramos el Programa, normalizar la ética. Lo que se pretende y con tales intenciones se está implementando la tarea, es que se garantice el normal funcionamiento de los Comités en todas las dependencias hospitalarias de la CABA. Esto es lo único que se pretende normalizar y en horabuena podamos, entre todos, intentarlo y hacerlo.

Dra. Fernanda Ledesma

Coordinadora Comité de Bioética. Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"
Responsable Área de Bioética Clínica.
Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

1. Subcomisión de Ética. SAP. Una ética normalizada no es ética. *Arch Argent Pediatr* 2009;107(6):565-566.

En respuesta

Ética y normalización. Consideraciones acerca de la "intromisión de la autoridad" en el campo de la ética

Sr. Editor:

Sorprende que personas responsables de Programas de Gobierno en el área de la bioética se manejen con peligrosos reduccionismos a la hora de desplegar el ejercicio teórico, práctico e institucional de este saber interdisciplinario. Porque en la convicción de las buenas intenciones que motivan a la Dra. Ledesma, cabe aclarar que éstas no alcanzan cuando decidimos ocupar un lugar en una trama de poder que puede fagocitarnos en la vorágine de intereses confusos, comprometiendo no sólo a las personas involucradas sino también a lo que he llamado "potencial democratizante de la bioética".

En primer lugar, la Dra. Ledesma se lamenta por el "carácter predominantemente piramidal" que marca la forma organizativa de los Comités de Ética que existen y funcionan, abriendo además un cierto interrogante –a través de un paréntesis sugestivo– acerca de la cantidad de Comités que efectivamente existen y funcionan. Y si bien la deformación jerárquica es uno de los vicios que acechan a los Comités, en modo alguno se trata de una regla general. Porque hay Comités cuyas autoridades se renuevan con periodicidad, que cuentan entre éstas a enfermeros, trabajadores sociales y aún miembros de la comunidad hospitalaria, y que convocan sin temor a miembros externos al hospital para evitar esa peligrosa endogamia que llega a uno de sus puntos culminantes cuando se da el caso que el abogado del Comité coincide con el de la institución.

Por eso considero inadecuado reducir la parte al todo y asimilar el funcionamiento perverso de algunos Comités de Ética a lo que ocurre en todos ellos. De todos modos, considerando la posibilidad de que mi apreciación fuera errónea y que efectivamente la mayoría de los Comités giraran en torno a una estructura jerárquica, cabe preguntar: ¿es acaso el modo de preservarlos reforzar aún las jerarquías? En otras palabras ¿es viable combatir el verticalismo potenciándolo?

En segundo lugar, la Dra. Ledesma menciona una serie de dificultades muy concretas que comprometen en el día a día el funcionamiento de los Comités de Ética, "ya sea en la disponibilidad horaria de sus miembros, como en la estructura física para funcionar: falta de espacio, personal auxiliar, etc.". Está claro que se trata de dificultades que se solucionarían en gran parte con una adecuada partida presupuestaria. Paradójicamente, las disposiciones del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad apuntan antes bien a lo contrario: a complicar a los hospitales la recepción de fondos provenientes de la revisión de protocolos de investigación por parte de los Comités. Dado que los Comités no tienen presupuesto asignado, estos fondos en muchos casos son los que ayudan a sostener su funcionamiento.

Invito a los lectores a examinar el Decreto 1163/09 "Requisitos y procedimientos para proyectos de investigación que se efectúen en Hospitales de la CABA", del 30 de diciembre de 2009. El citado decreto establece, entre muchas otras cosas, que el canon que paga el patrocinante para la

revisión de proyectos de investigación será percibido por el Gobierno de la Ciudad a través de la cuenta del Banco Ciudad de Buenos Aires N° 210.178/7 denominada "Carretera de Investigador", siendo el Sr. Ministro de Salud quien suscribirá el contrato con el Investigador y postergando en consecuencia a la institución hospitalaria. A esa misma cuenta va a parar también el 20% del monto total de la investigación que el patrocinante paga una vez aprobado el proyecto, quedando el 75 % para el Gobierno de la Ciudad. De modo tal que sólo el 25% resultaría depositado en las cuentas escriturales de los hospitales de la CABA. (Art. 15).

Llegados a este punto, todo comentario se torna prescindente. Porque el Decreto 1163/09 del Gobierno de la CABA sobre Ética de la Investigación resignifica aquella resolución 0962 del Ministerio de Salud que motivó nuestro primer escrito: a una primera separación estratégica entre Ética de la Asistencia y Ética de la Investigación, con una fuerte normalización de los Comités de Ética, le sigue la creación de una cerrada burocracia que permite al Gobierno de la Ciudad manejar de modo casi absoluto los fondos provenientes de la investigación hospitalaria.

Utilizar a la bioética como discurso legitimante de una operación estratégica de esta envergadura me parece por demás cuestionable. Considero, pues, por lo menos ingenuo afirmar –como hace Ledesma– que "el principal desafío que enfrentan los mismos, es constituirse en las instituciones hospitalarias y que, constituidos, se les permita su funcionamiento, dentro de los lineamientos que traza la bioética".

El reduccionismo siempre puede jugarnos malas pasadas. Porque los desafíos son muchos y de una mayor relevancia. Entre ellos destaco el desafío de liberar a la bioética de su versión estandarizada, cómplice del cientificismo epistemológico y de un modelo de gestión centralizado de la investigación biomédica, que desconoce al hospital como espacio público, espacio ciudadano de participación de los actores sociales comprometidos con la atención de la salud en sus múltiples formas.

Declaro entonces que no es esa bioética estandarizada, que traza los "lineamientos" a los que aspira Ledesma, aquella que deseo y por la que trabajo en los Comités de Ética de nuestras instituciones públicas. Esos Comités que –si como dice Ledesma resulta que están ya "normalizados"– será cuestión de "desnormalizar", pero nunca potenciar la normalización legitimando una "intromisión" del Estado en el espacio de la sociedad civil y agudizando la reducción de la ética a una deontología de tono legal.

Silvia Rivera

Prof. Asociada Regular
Universidad de Buenos Aires y
Universidad Nacional de Lanús

La verdadera independencia de los Comités de Bioética

Señor Editor:

La Subcomisión de Ética de la Sociedad Argentina de Pediatría ha emitido una declaración con el título "Una éti-

ca normalizada no es ética"¹ acerca de la independencia de los Comités de Bioética. En dicho documento se dice textualmente: "Si algo cabe oponer de plano al ejercicio ético, es el dogmatismo y autoritarismo que genera tanto jerarquías como exclusiones".

La actuación de un comité de esta naturaleza resulta particularmente importante sobre todo cuando se toman decisiones de gran trascendencia tanto para los pacientes como para la comunidad. Se señala en la publicación el riesgo del autoritarismo y el dogmatismo, lo cual haría necesario determinar el alcance de estos términos. Por otra parte, lo contrario sería considerar que no existen puntos válidos de referencia para definir situaciones complejas o conflictivas, con lo cual caeríamos en el extremo opuesto del relativismo.

El Subcomité, más adelante, señala que "La ética trata de valores y estos no son consignables en tablas o mensurables cuantitativamente". Valiosa referencia por cuanto, en su esencia, significan los valores. El valor o los valores expresan una concepción del bien en diversos aspectos. Son inviolables e inmutables, tienen un carácter universal y son verdaderos en cuanto corresponden a exigencias de la naturaleza humana. Por su universalidad son comunes a todas las culturas y civilizaciones y están grabados en lo más íntimo del ser humano. Existen valores fundamentales que se sitúan en una escala de preeminencias, entre ellos se cuentan la vida, la verdad, la libertad, la justicia, la responsabilidad, la solidaridad y el amor.

Cuando una cultura no se fundamenta en auténticos valores está destinada a crear inestabilidad en la familia humana, se rompe la armonía en el cuerpo social y conduce a la preponderancia de unos grupos sobre otros, con detrimento de los más débiles y postergados.

En el debate ético se sitúa en un nivel central y de preponderancia la dignidad de la persona humana. La persona humana vale por sí misma y en ningún caso se justifica su utilización como medio. En las Ciencias Médicas, y las Biológicas en general, adquiere relevancia la cuestión de la corporalidad, que no sólo es preocupación de médicos sino también de filósofos, juristas y especialistas en Bioética por cuanto el cuerpo es testimonio de humanidad. Surge así el concepto de la centralidad de la persona humana que posee una dignidad ontológica como valor absoluto del ser humano, derivado del sólo hecho de ser hombre. En la unidad de la persona humana se compenetran alma y cuerpo según la conocida definición de cuerpo espirituado o espíritu incorporado. El cuerpo humano es así partícipe de la dignidad personal y merece ser respetado en su integridad. Esto, entonces, marca los límites de las intervenciones sobre la corporalidad.

El desarrollo tecnológico de la Medicina actual, cuando no respeta ciertos límites, pone en riesgo el respeto debido a la corporalidad. En una reciente publicación Jean-François Mattéi descarta la inversión de las relaciones de la Medicina con el cuerpo humano: "(...) no es más con todo rigor la salud natural del cuerpo lo que constituye el fin de la Medicina; es lo contrario, el desarrollo técnico de la Medicina que llega a ser po-

co a poco el fin de la salud del cuerpo", "(...) esta inversión ha llegado a ser posible por la reducción de la persona a sujeto, de sujeto al cuerpo y del cuerpo al producto".² Según refiere el citado autor se ha invertido la relación ciencia-salud, en lugar de afirmarse que la tecnología está al servicio de la salud de la persona, más pareciera que la técnica predomina sobre la salud integral de la persona considerada en su totalidad psico-físico espiritual.

Celoso el Subcomité de resguardar su independencia y de los principios que sustentan la democracia, lo cual es legítimo, paralelamente debe reconocerse que en una auténtica democracia deben respetarse los valores que ponen en juego la sabiduría de una sociedad. Tales valores son anteriores a toda norma del derecho positivo y no dependen de la sanción de leyes o del parecer de la mayoría.

Aquí también vale advertir contra el riesgo del aislamiento. La interrelación de las ciencias positivas con las especulativas, lejos de cercenar el campo propio de la Bioética, contribuye a un mutuo enriquecimiento. En estas cuestiones la reflexión filosófica, metafísica y teológica, que nos sitúa en un plano trascendente, auxilia a las ciencias biológicas, en particular a la Medicina.

No cabe duda de que la preocupación del Comité de cuidar su independencia, legítima como hemos dicho, no significa su aislamiento sino, por el contrario, es sabido recurrir a otras ciencias que ayudan a definir cuestiones de orden moral para salvaguardar la dignidad de la persona humana.

Dr. Carlos A. Rezzónico

Dr. Zenón M. Sfaello

Dr. Carlos Rezzónico (h)

1. Subcomisión de Ética. Una ética normalizada no es ética. *Arch Argent Pediatr* 2009;107(6):565-566.
2. Jean-François Mattéi. En L'humain et la personne, sous la direction de François-Xavier Butallaz et Bernard N Schumacher. Ed. Cerf. Avril; 2209.

En respuesta

El verdadero compromiso de los Comités de Bioética

Señor Editor:

La metafísica puede definirse como un esquema de pensamiento que nace de la mano de los primeros filósofos griegos y que atraviesa gran parte de la cultura occidental. Se trata de un esquema dual o dicotómico fuertemente jerárquico, en tanto ubica en uno de los lados de la dicotomía la dimensión del "fundamento". Las tradicionales duplas metafísicas son aquellas que contraponen realidad/apariencia; esencia/accidente; necesario/contingente; incondicionado/condicionado, entre varias otras. Queda claro que el acento se coloca, en todos los casos, en el primer polo de las dicotomías señaladas.

La filosofía se inicia así bajo el signo de la metafísica en el marco de una sociedad dividida en clases, que despliega el ejercicio de la democracia en medio de fuertes críticas

provenientes de la aristocracia ateniense, que con avidez rodea a los filósofos buscando en ellos la justificación para sostener sus privilegios. También son dualidades metafísicas aquellas que contraponen la teoría a la praxis y la contemplación de ideas inmutables a la cotidiana actividad productiva.

Por mi parte, creo reconocer algunos resabios de ese tono metafísico en las palabras de los Drs. Carlos Rezzónico, Zenón M. Sfaello y Carlos Rezzónico (h), en especial en su reafirmación de categorías como cuerpo/alma por una parte y fundamentalismo/relativismo por la otra. La metafísica se muestra también en su utilización de universales, tales como “bien”, “esencia”, “naturaleza humana” y “valores inviolables e inmutables, que tienen un carácter universal y son verdaderos”, es decir, que se colocan en un más allá que trasciende las condiciones concretas de existencia de las personas. Está claro que, para los autores, bajar de lo “incondicionado” a la contingencia de la historia supone la decepción de una pérdida que no logran superar.

Mi posición es diferente porque me hago cargo de la contingencia de mis afirmaciones y las defiendo, no por expresar valores necesarios, universales o trascendentes, sino porque las considero “justas”, es decir, acordes a mi elección por la participación y la horizontalidad comunitaria en la toma de decisiones. Por eso no considero a los Comités de Ética como grupos expertos sino como espacios de diálogo y respeto de las diferencias. En este sentido, no proclamo la independencia de los comités, como dicen los autores, sino por el contrario su compromiso. Compromiso comunitario que requiere autonomía de los poderes de turno para concretarse.

Es importante que esta autonomía no se confunda con una “mera” o desinteresada independencia. Porque sólo desde la autonomía de intereses sectoriales, podrán los actores sociales que participan en diferentes Comités de Ética tejer redes que los vinculen y potencien, y así construir acuerdos que bosquejen pautas comunes para la regulación de conflictos. Pero se trata de pautas que brotan de la horizontalidad de los actores, no de la verticalidad de una autoridad religiosa, política o jurídica. Como bien dicen los doctores, la ética no debe limitarse a lo legal ya que en ocasiones el derecho positivo puede ser profundamente antiético, por ejemplo cuando agudiza desigualdades entre personas, clases sociales, países o etnias.

Ahora bien, del reconocimiento de la distancia que media entre la esfera ética y la legal no se sigue el desprecio de las mayorías. Esas mayorías que los autores subordinan en su escrito al repertorio de valores absolutos que ellos no sólo pueden reconocer sino que deben también proteger frente a otras culturas que, por no fundamentarse en “auténticos valores”, están “destinadas a crear inestabilidad en la familia humana”. Ubicados en este lugar, la pregunta que se impone es ¿qué hacer, entonces, con quienes se manejan con otros sentidos, quienes piensan de modo diverso? La historia nos enseña que las alternativas son múltiples y van de la condena a la conversión compulsiva; de la sanción al más cruel exterminio.

Los autores piden aclarar las referencias al “autoritarismo” y al “dogmatismo” presentes en nuestro primer artículo titulado “La ética normalizada no es ética”. Considero a esta altura, está claro que el autoritarismo y el dogmatismo surgen, en gran medida, de la imposición hegemónica de las creencias, valores y sentidos de un grupo sobre las de otros, pretendiendo otorgar así a la perspectiva propia de una clase o una cultura validez universal.

Por eso, denunciar la violencia de una “normalización” arbitraria y autoritaria no implica aislar a los Comités de Ética. Por el contrario, se trata de una condición necesaria para rescatar esa dignidad de las personas que proclaman los autores, pero que para salir del plano declamatorio requiere una recuperación del espacio público y del intercambio efectivo entre los integrantes de la comunidad hospitalaria. Sólo de este modo podremos insertarnos, como sujetos activos y por completo responsables, en el debate bioético.

Silvia Rivera

Prof. Asociada Regular
Universidad de Buenos Aires y
Universidad Nacional de Lanús

El odds ratio diagnóstico: un nuevo indicador de capacidad operativa diagnóstica

Señor Editor:

De mi mayor consideración:

He leído con sumo interés el artículo de Agüero y col. publicado en *Archivos Argentinos de Pediatría*.¹ El estudio es muy interesante ya que presenta la validación de una regla de predicción clínica (BMS).

Envío algunas comentarios sobre el estudio, que espero contribuya a una mejor utilización en la práctica clínica diaria.

Múltiples indicadores cuantitativos de la capacidad operativa de un test para discriminar pacientes con una específica condición (usualmente la enfermedad de interés) de aquellos sin ésta se utilizan en la práctica clínica. Sensibilidad y especificidad son expresiones de los “éxitos” condicionales del test, mientras que los valores predictivos o las posibilidades *a posteriori* son los resultados más importantes para la práctica clínica. Debido a que los porcentajes de falsos positivos y falsos negativos son ponderados diferentemente, tanto la prevalencia como la tasa de error condicional del test tiene que ser tenida en cuenta para tomar una decisión apropiada.^{2,3}

En este estudio dos indicadores adicionales podrían haberse incluido: a) la eficiencia de la prueba ($[(N^{\circ} \text{ verdaderos positivos (VP)} + N^{\circ} \text{ verdaderos negativos (VN)}) / (N^{\circ} \text{ verdaderos positivos} + N^{\circ} \text{ verdaderos negativos} + N^{\circ} \text{ falsos positivos (FP)} + N^{\circ} \text{ falsos negativos (FN)})] \times 100$), que expresa la proporción de sujetos correctamente identificados por el test que se evalúa, y b) el *odds ratio* diagnóstico de un test (DOR, siguiendo la nomenclatura en inglés), que no depende de la prevalencia y puede ser más fácil de interpretar, ya que es una medida epidemiológica familiar.⁴

DOR es la razón entre la probabilidad de positividad en la enfermedad y la probabilidad de positividad en los no enfermos; se calcula:

$$\frac{VP / FN}{FP / VN} = \frac{RV (+)}{RV (-)}$$

El valor de DOR oscila entre 0 e infinito, siendo los mayores valores indicadores de mejor poder discriminatorio del test. Aplicando esta fórmula a los datos del trabajo presentado¹ para los dos puntos de corte "0" y "> 2" se obtiene: 1,81 y 2,8 respectivamente (los IC 95% se pueden calcular con fórmulas convencionales). Esto significa que para el BMS la probabilidad (odds) de positividad entre los sujetos con meningitis bacteriana fue 1,81 y 2,81 veces mayor que la probabilidad (odds) de positividad entre los sujetos sin meningitis bacteriana. Es de destacar que en este estudio la RV (-) fue de 0 para los dos puntos de corte.

DOR también puede ser usado cuando la variable respuesta es continua o politómica, en meta-análisis y en regresión logística, lo que permite la inclusión de variables adicionales para corregir la heterogeneidad. Una limitación de DOR es que no puede ser usado para evaluar la tasa de errores del test en una particular prevalencia y, para aplicación clínica, depende del espectro de gravedad de la enfermedad, como es el caso de la mayoría de los indicadores de capacidad operativa.⁵

En el primer párrafo de la página 43 se deslizó un error: "Todos los pacientes con meningitis bacteriana tenían un puntaje > 3 (Tabla 3)".

Atentamente,

Dr. Carlos Grandi
Investigador CIS

Epidemiología Perinatal y Bioestadística
Maternidad Sardá, Buenos Aires

1. Agüero G, Davenport M, Del Valle M, Gallegos P, et al. Validación de una regla de predicción clínica para diferenciar meningitis bacteriana de meningitis aséptica. *Arch Argent Pediatr* 2010;108(1):40-44.
2. Jaeschke R, Guyatt GH, Sackett DL. Users' guides to the medical literature. III. How to use an article about a diagnostic test. A. Are the results of the study valid? Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 1994;271:389-392 y 703-707.
3. Demirdjian G. Estudios de validación de métodos diagnósticos. En: Programa de Educación a distancia en Metodología de la Investigación para Pediatría (PREMIP). Nivel 2. Módulo 2.8, 2003.

4. Glas A, Lijmer J, Prins M, Bonsel G, et al. The diagnostic odds ratio: a single indicator of test performance. *J Clin Epidemiol* 2003;56:1129-1135.
5. Fletcher R, Fletcher S. Epidemiología clínica: elementos esenciales. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. Págs. 74-76.

Sobre el exceso de información en la educación médica actual

Señor Editor:

De mi mayor consideración:

He leído atentamente su editorial "El exceso de información y sus evidentes riesgos en la educación médica actual" publicado en *Archivos Argentinos de Pediatría*, abril 2010.

Al respecto considero muy importante que haya expuesto el tema, ya que la realidad muestra en muchos casos la poca confianza en sí mismos que tienen los médicos jóvenes al no usar en la consulta sus cinco sentidos y no tener en cuenta los postulados básicos que nos legaron los eximios maestros de la medicina.

Los que tuvimos la suerte de haber sido formados por los "últimos" o los "penúltimos" maestros de la medicina de nuestro país aprendimos que el ser humano médico auxilia al ser humano paciente y su responsabilidad lo liga a través de la consulta que se continúa con la preocupación, la actualización en libros, el comentario con otros colegas experimentados sobre el caso atendido y el posterior llamado telefónico al domicilio del paciente para conocer la evolución de la enfermedad y la citación "sin número" si el caso lo requiriera.

Por otra parte, es cierto que el temor a un juicio de mala praxis empuja a los médicos a recurrir a los recursos tecnológicos aplicados a la medicina. Sin embargo, esa actitud está muchas veces viciada por la rapidez "en lavarse las manos" y la consiguiente derivación, cortando toda relación con el paciente en cuestión.

Educación—incluida la educación médica— es un problema universal complejo y arduo que exige estudio, conocimientos, paciencia y dedicación de los maestros y no hay que renunciar a esta responsabilidad, ya sea de viva voz o a través de la palabra escrita tal como Ud. lo ha hecho en el artículo mencionado.

Agradezco la atención que haya dispensado a la presente y aprovecho esta oportunidad para saludar a Ud. muy atte.

Dra. María Isabel Herrera