

Al cuidado de los especialistas

En carta enviada a *Medicina (Buenos Aires)* 2008; 68: 478-9)), el Dr. Gerardo Paoloski, hace comentarios relacionados con lo publicado en la misma revista en la sección CAVEAT LECTOR titulada "Al cuidado de los especialistas", y en la que se establecen interrogantes que la propia publicación de Levy et al. dejaron en el artículo de marras².

Dar como un hecho que los resultados del artículo sea transpolables a la asistencia de los pacientes en las terapias intensivas de nuestro país, resulta cuanto menos arriesgado, si no peligroso.

Levy et al. señalan en el artículo que el análisis tiene "elementos de confusión relacionados con la severidad de los pacientes que generan sesgo de selección", además de más de cinco limitaciones, señaladas por los autores en el artículo, obligan a no tomar como verdad revelada la publicación, tal como lo sugiere el Dr. Paoloski.

La tendencia a realizar pronósticos basados en modelos matemáticos nos lleva muchas veces a internar los pacientes en estado crítico en terapias intensivas. Esto genera, indefectiblemente, un sesgo en los estudios observacionales con modelos de regresión.

La mayoría de las terapias intensivas de nuestro país que envían datos a bases organizadas son de carácter cerrado, lo que haría difícil y hasta imposible remedar el estudio de Levy en la República Argentina; dado que el mismo toma los datos entre terapias intensivas abiertas y cerradas, existentes de esta manera en Estados Unidos de Norteamérica.

Somos justamente los que trabajamos en las terapias intensivas más complejas de carácter cerrado, quienes nos responsabilizamos de asistir a los pacientes más graves.

En nuestro servicio decimos sin eufemismos "que las demás especialidades se hagan cargo de las muertes que les competen", porque justamente a los cirujanos, clínicos, traumatólogos, neurólogos, neurocirujanos, ginecólogos-obstetras y todas las especialidades que delegan sus enfermos graves a las unidades de terapia intensiva les disminuyen sus números de pacientes muertos al derivarlos a las terapias intensivas.

Este fenómeno ha transformado, de manera negativa, según mi punto de vista, la forma del morir, sobre todo en las ciudades más grandes.

Por último utilizar términos peyorativos para catalogar a los colegas ("metucas"), no es una costumbre de buen gusto y menos que sea difundida por la Revista Medicina.

Dr. Daniel E. Fainstein

Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Privado del Sur, Bahía Blanca.

Agradezco al Dr. Fainstein la preocupación de comentar mis opiniones acerca del artículo publicado en la sección CAVEAT LECTOR titulado "Al cuidado de los especialistas"¹. También extendiendo mi agradecimiento al Comité de Redacción de Medicina, que me da la posibilidad de hacer conocer mis ideas sobre las reflexiones del Dr. Fainstein, acerca de mi carta titulada "Un exceso de algo bueno puede matar"³.

Mi intención fue formular una explicación posible sobre los resultados del trabajo, por supuesto sujeta a debate. Tal como lo digo en un párrafo de mi carta "...esbozar una explicación... desde ya que lo que sigue es materia opinable...".

No doy los resultados como un hecho cerrado y terminante, no indico que se trasladen mecánicamente a nuestro país, sino simplemente, aun asumiendo el mayor o menor sesgo, tomar en cuenta un estudio hecho sobre 100 000 pacientes, y discutir con bagaje propio acerca de las conclusiones del trabajo.

No veo que esta postura tenga nada de riesgoso y mucho menos de peligroso. Lo grave y serio sería no discutir y no intercambiar ideas y experiencias. Muy lejos está de mi ánimo sostener que lo publicado por Levy et al sea la verdad revelada, concepto caro a la religión, pero no a la ciencia.

No soy especialista en modelos matemáticos ni de regresión, sólo soy un médico que ha trabajado muchos años tratando pacientes graves, buscando aprender, junto con la teoría, de la experiencia práctica y concreta, procurando utilizar el sentido común.

No propongo remedar en nuestro país el estudio de Levy et al, pero sí me parece útil discutir el trabajo.

Es lógico que las demás especialidades busquen el auxilio de las unidades críticas, allí se concentran profesionales avezados que disponen de una panoplia tecnológica que puede y debe ser usada en apoyo de los enfermos graves.

Puedo llegar a coincidir en que, en algunas ocasiones, la derivación a terapia se hace para evadir responsabilidades que podrían desembocar en situaciones enojosas para el médico tratante. Pero esto último, creo, no hace al fondo de la cuestión. Esto estriba por el contrario, en alentar el trabajo en equipos interdisciplinarios, que tengan una visión más completa del paciente, que pueda evitar el encarnizamiento terapéutico, bajar la morbimortalidad y mejorar la calidad de la asistencia. No es fácil, pero con espíritu heurístico se debe intentar.

Finalmente, si el Dr. Fainstein se siente ofendido por el término "metucas", le pido disculpas; no fue mi inten-

ción agraviar a los médicos terapeutas, a los que destaco por su esforzada labor.

Dr. Gerardo Paoloski

Instituto William Osler, Buenos Aires

1. Caveat lector. Al cuidado de los especialistas. *Medicina (Buenos Aires)* 2008; 68: 307-8.
2. Levy MM, Rapaport J, Lemeshow S, Chalfin DB, Phillips G, Danis M. Association between critical care physician management and patient mortality in the intensive care unit. *Ann Int Med* 2008; 148: 801-9.
3. Paoloski GB. Un exceso de algo bueno puede ser fatal. *Medicina (Buenos Aires)* 2008; 68: 478-9.