

MÁS ALLÁ DEL SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA: CONSENSOS CLÍNICOS EN UN MUNDO DESIGUAL

EDUARDO L. DE VITO^{1,2}

¹Sede Clínica del Parque, Cuidados Respiratorios, Grupo Santa Catalina, Buenos Aires, Argentina, ²NavarraBiomed, Centro de Investigación Biomédica (CHN), Universidad Pública de Navarra (UPNA), Pamplona, España

E-mail: eldevito@gmail.com

El artículo de Estenssoro y col.¹ sobre la Nueva Definición Global del síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) ofrece una oportunidad para reflexionar sobre un problema que atraviesa no solo a la medicina crítica, sino también a gran parte de la medicina global: la construcción de definiciones y guías internacionales desde ámbitos que no incluyen de manera proporcional los contextos con recursos más limitados, lo que conduce a recomendaciones que no contemplan adecuadamente las diferencias sociales, económicas e infraestructurales al establecer criterios o estándares clínicos^{2,3}.

La definición AECC de 1994 permitió unificar criterios para el SDRA, pero mostró limitaciones en su precisión. Los grandes ensayos del ARDS Network, que la adoptaron como referencia, transformaron la práctica clínica y evidenciaron la heterogeneidad de los pacientes incluidos⁴⁻⁸. Este recorrido desembocó en la definición de Berlín de 2012, que buscó mayor reproducibilidad y estratificación de la gravedad, ofreciendo un marco más sólido para la investigación y la asistencia⁹. Sin embargo, todo este desarrollo se gestó casi exclusivamente en países de altos ingresos. Ello ha dado lugar a marcos diagnósticos sólidos desde el punto de vista fisiopatológico, pero que no siempre resultan aplicables donde no se dispone de gasometría arterial, ventiladores mecánicos o tomografía computarizada. En estos escenarios, el riesgo es doble: no diagnosticar por falta de medios, o diagnosticar tarde, cuando las posibilidades terapéuticas se han reducido drásticamente^{10,11}.

La Nueva Definición Global de SDRA publicada en 2024 supone un avance importante¹². Introduce categorías diagnósticas que incluyen a pacientes no intubados, acepta el uso de la relación SpO_2/FiO_2 cuando

la PaO_2 no está disponible, y reconoce a la ecografía pulmonar como alternativa válida a la radiografía o la tomografía. Estas modificaciones, lejos de ser concesiones, son ciencia adaptada al contexto: buscan ampliar la equidad diagnóstica y permitir intervenciones más tempranas allí donde las limitaciones tecnológicas son una barrera cotidiana.

Sin embargo, incluso este esfuerzo global revela las tensiones de fondo. El panel que elaboró la definición contó con un solo representante proveniente de países de ingresos bajos o medianos (LMICs). La composición se definió mediante un reclutamiento en cascada –los propios miembros recomendaban a otros– y las decisiones se tomaron en reuniones presenciales, un formato que puede favorecer sesgos de conformidad y limitar la diversidad de perspectivas. En otras palabras: la definición resultante muestra mayor inclusividad que el proceso que la originó.

La reciente experiencia de un panel internacional más diverso, que utilizó el método Delphi para discutir la definición y la clasificación en subfenotipos del SDRA¹¹, demuestra que es posible combinar representatividad, rigor metodológico y transparencia¹². El Delphi, al permitir rondas sucesivas de consulta anónima, reduce la presión de pares, iguala la voz de todos los participantes y favorece la inclusión de expertos que, de otro modo, quedarían al margen por cuestiones geográficas, idiomáticas o de infraestructura.

En un artículo reciente hemos abordado precisamente esta inequidad que llega incluso a la evaluación de las producciones científicas de países periféricos¹³. El SDRA es un ejemplo paradigmático: la ausencia de adaptaciones realistas en las definiciones puede invisibilizar cómo se presenta y evoluciona el síndrome en amplias regiones del mundo, dificultando que sus

datos contribuyan a la construcción de la evidencia global.

La lección trasciende al SDRA. Nos recuerda que la mayoría de las guías y consensos internacionales –desde la reanimación hasta el manejo de la sepsis– nacieron en entornos de alta disponibilidad tecnológica y se extrapolan a regiones con recursos limitados sin la debida adaptación. Esto no solo dificulta su implementación; también perpetúa la invisibilidad del conocimiento local, que podría enriquecer y, en algunos casos, modificar sustancialmente las recomendaciones.

Si aspiramos a que términos como “global” y “universal” tengan verdadero sentido en medicina, debemos garantizar que los procesos de construcción de

definiciones y guías incorporen, desde su inicio, la participación sustantiva de expertos de los contextos más afectados por la enfermedad. No se trata de validar su realidad a posteriori, sino de integrarla en el ADN del consenso.

El artículo de Estenssoro¹ et al. abre una puerta: explícitamente reconoce la necesidad de definiciones flexibles, adaptadas a diferentes realidades sanitarias, y expone la importancia de herramientas diagnósticas accesibles. El desafío ahora es que el próximo consenso global no solo hable de equidad, sino que la practique en su metodología. Porque en un mundo desigual, definir es un acto de poder; hacerlo de manera inclusiva es, además, un acto de justicia.

Bibliografía

1. Estenssoro E, Steinberg E, Plotnikow GA. Síndrome de dificultad respiratoria aguda: una travesía clínica y conceptual hacia una definición global, válida y equitativa. *Medicina (B Aires)* 2026; 86: 495-507.
2. Estenssoro E, González I, Plotnikow GA. Post-pandemic acute respiratory distress syndrome: A New Global Definition with extension to lower-resource regions. *Med Intensiva (Engl Ed)* 2024; 48:272-81.
3. Maaløe N, Ørtved AMR, Sørensen JB, et al. The injustice of unfit clinical practice guidelines in low-resource realities. *Lancet Glob Health* 2021; 9:e915.
4. Bernard GR, Artigas A, Brigham KL, et al. The American-European Consensus Conference on ARDS. Definitions, mechanisms, relevant outcomes, and clinical trial coordination. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 149(3 Pt 1):818-24.
5. Acute Respiratory Distress Syndrome Network; Brower RG, Matthay MA, et al. Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med* 2000; 342:1301-8.
6. Villar J, Kacmarek RM. The American-European Consensus Conference definition of the acute respiratory distress syndrome is dead, long live positive end-expiratory pressure! *Med Intensiva* 2012; 36:571-5.
7. Yuan X, Pan C, Xie J, Qiu H, Liu L. An expanded definition of acute respiratory distress syndrome: Challenging the status quo. *J Intensive Med* 2022; 3:62-4.
8. van der Ven FLIM, Valk CMA, Blok S, et al. Broadening the Berlin definition of ARDS to patients receiving high-flow nasal oxygen: an observational study in patients with acute hypoxemic respiratory failure due to COVID-19. *Ann Intensive Care* 2023; 13:64.
9. ARDS Definition Task Force; Ranieri VM, Rubenfeld GD, Thompson BT, et al. Acute respiratory distress syndrome: The Berlin definition. *JAMA* 2012; 307:2526-33
10. Nasa P, Bos LD, Estenssoro E, et al. Consensus statements on the utility of defining ARDS and the utility of past and current definitions of ARDS-protocol for a Delphi study. *BMJ Open* 2024; 14:e082986.
11. Nasa P, Bos LD, Estenssoro E, et al. Defining and subphenotyping ARDS: insights from an international Delphi expert panel. *Lancet Respir Med* 2025; 13:638-50.
12. Matthay MA, Arabi Y, Arroliga AC, et al. A New Global Definition of Acute Respiratory Distress Syndrome. *Am J Respir Crit Care Med* 2024; 209:37-47.
13. De Vito EL, Estenssoro E. Where does this manuscript come from? Geo-economic biases in scientific publishing. *Medicina (B Aires)* 2025; 85:881-2.