

Peligro de incendio o nuestro escaso poder de convicción

L. Orofino, C. Felipe, M. Rivera y J. Ortuño

Servicio de Nefrología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Señor director:

En el quehacer clínico cotidiano, de acuerdo a nuestro buen saber y entender, aconsejamos a nuestros pacientes, a veces de forma imperativa, la toma de esta o aquella pócima para aliviar sus males individuales o impedir otros desastres peores. Sin embargo, llegado el momento de la revisión clínica, los resultados son muchas veces desalentadores.

En el caso de los enfermos en programa de hemodiálisis, los controles y el contacto personal son especialmente frecuentes, y las relaciones entre enfermo y médico, fluidas. Muchos de los pacientes asegurarán mantener una aceptable sensación de bienestar que por contra se corresponderá con unos resultados analíticos lacrimógenos. Hábilmente interrogado, el paciente asegura tomar religiosamente la medicación, lo que conduce a un aumento de las dosis de hipotensores, compuestos cálcicos, quelantes diversos.

Para tranquilizar la conciencia y solventar esta aparente contradicción, ingresamos a siete pacientes de nuestro programa de hemodiálisis, por presentar hiperfosforemia contumaz. Se les administró su dieta habitual con menos de 750 mg. de fósforo al día y la misma medicación que vehementemente aseguraban

tomar antes de su ingreso, pero esta vez en presencia de la enfermera. En la tabla adjunta se muestran las medias y desviación estándar de los valores de calcio y fósforo durante los tres meses previos a su ingreso, siete días después de tomar realmente la medicación y, finalmente, los mismos parámetros durante los dos meses posteriores a su alta, estudiados siempre en las mismas condiciones. Asimismo, se muestran los niveles de PTH «intacta» en el momento de su ingreso.

Fue notable, que no sorprendente, el despeño de las cifras de fósforo y su «recuperación» hacia los valores previos al cerrar los enfermos tras de sí la puerta del hospital. De igual manera, de dos enfermos previamente hipertensos, en uno se normalizó la tensión arterial y en el segundo se debió reducir la medicación hipotensora a la mitad.

Quizá debamos culpar de las situaciones precedentes a la pícara naturaleza, que no siempre nos indica con signos o síntomas molestos los riesgos que nos acechan y, en concreto, no responde con prurito cuando debe. Y los médicos, al menos nosotros, tendremos que reconocer con humildad la pérdida de nuestro carisma de médicos-brujos que, avalados por guarismos escritos en papeles de colores, predicamos en el desierto.

Tabla	Calcio (mg/dl.)			Fósforo (mg/dl.)			PTH (pmol/l.)
	Pre	Ingreso	Post	Pre	Ingreso	Post	
1	7,3 ± 0,1	7,1	7,9 ± 0,3	9,4 ± 0,2	2,6	8,2 ± 0,4	25,9
2	7,9 ± 0,4	12,7	7,9 ± 0,1	6,4 ± 0,2	2,2	6,3 ± 0,2	
3	9,2 ± 0,3	9,3	9,5 ± 0,4	7,8 ± 0,2	3,7	8,6 ± 0,3	
4	9,6 ± 0,1	8,5	10,1 ± 0,4	6,3 ± 0,3	3,4	6,1 ± 0,4	
5	9,7 ± 0,3	9,7	9,5 ± 0,1	9,3 ± 0,3	4,6	10,6 ± 0,5	
6	10,2 ± 0,1	9,7	10,0 ± 0,1	9,2 ± 0,7	4,4	7,2 ± 1,1	
7	10,4 ± 0,2	9,7	—	10,2 ± 0,4	6,6	—	
\bar{x}	9,2 ± 1,2	9,5 ± 1,7	9,1 ± 1,0	8,4 ± 1,6	3,9 ± 1,5	7,8 ± 1,7	—

Correspondencia: Dr. L. Orofino.
Hospital Ramón y Cajal.
Carretera de Colmenar, km. 9,100.
28034 Madrid.

Nos resignamos al imaginar cómo alguna de estas personas con semejantes niveles de fósforo se incendiará cualquier día con el roce sutil de su ropa, al vestirse.