

EDITORIAL

Herejías nefrológicas

P. Morales

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Valdecilla.
Santander

*Este escrito está dirigido solamente a
Nefrólogos con 20 años de experiencia,
simplemente por cuestiones de hermenéutica*

La medicina experimental es un instrumento imprescindible para el desarrollo de nuestro conocimiento, pero los resultados de la misma sólo pueden ser incorporados al acervo de la ciencia cuando esos supuestos experimentales han demostrado su utilidad en la experiencia clínica general. Cada vez más ocurre que, antes que nuevas técnicas y nuevos medicamentos puedan ser validados por la experiencia clínica general, son olvidados por la aparición de otros nuevos, con lo que el constante cambio impide su verdadero conocimiento. No digamos si a estos factores de cambio, esnobismo, prestigio, moda, creencia... se añaden intereses comerciales y económicos en juego que cada vez cobran más protagonismo en una sociedad liberal.

Por otro lado, el trabajo del médico es cada vez más impersonal. La interposición entre médico y paciente de nuevas estructuras (nuevas tecnologías, protocolización, gestión, informatización...) hace nuestro trabajo cada vez más fragmentario, menos comprometido, menos creador y por lo tanto menos gratificante. En suma más alienante.

La nefrología apenas alcanza el cuarto lustro de edad y su historia es la historia profesional de muchos de nosotros que partiendo de los escritos en lenguas extranjeras hemos ido poco a poco apoyándonos en nuestra propia experiencia aunque todavía seguimos muchas veces los atajos mentales que durante tiempo y tiempo han quedado impresos en nuestros cerebros.

Correspondencia: Dr. P. Morales Martín
Servicio de Nefrología
Hospital Universitario Valdecilla
Avda. Valdecilla, s/n
39008 Santander

El nefrólogo, como el médico moderno en general, necesita plantar los pies en el suelo, armarse de espíritu crítico y empezar a valorar como es debido lo que su propia experiencia le dicta si ésta es ya suficientemente dilatada.

Tratando de despistar aquellos atajos, propongo una serie de preguntas heréticas; puede que alguna no merezca serlo.

Cuando usamos en un paciente un tratamiento con furosemida, eritropoyetina o la mayoría de los antibióticos, o le hacemos una ultrafiltración, o una diálisis... el efecto de tal tratamiento es visible y no nos cabe duda alguna de su utilidad cualquiera que pueda ser su coste. Pero ocurre que con gran parte del armamentario actual del nefrólogo (del médico en general) no hay tal visibilidad del efecto. Su efecto beneficioso en la mayoría de los casos no puede ser demostrado por mucho que se empeñen sus mentores, y resulta el problema una cuestión de FE.

La primera pregunta es si en la materia que nos ocupa la «fe» y la «beatería científica» están en relación directa con el descompromiso hacia el paciente concreto que demanda nuestro saber.

No se pretende con estas preguntas entrar en un debate sobre la eficacia de algunas actitudes y pautas terapéuticas porque partimos de la base de que la medicina es una ciencia fundamentalmente especulativa y cuando es indemostrable la presencia de un beneficio, suele ser indemostrable su ausencia. Sólo pretendemos transmitir la inquietud que nos ocupa.

– ¿Son los nuevos antihipertensivos, mejores (más eficaces, menos tóxicos, más baratos...) que los de hace 4 lustros? ¿Está justificado el camino iniciado de medicalización antihipertensiva a todo adulto que se deje? ¿Está justificado el «tratamiento» medicamentoso del «riesgo» cardiovascular o es más bien una justificación para su uso extensivo? Realmente ¿la medicación antihipertensiva baja las cifras de tensión arterial?

– Somos capaces de admitir que la medicina antigua cometía errores (¿no lo eran las sangrías indiscriminadas y las purgas que gozaron de detractores desde hace siglos y sin embargo se han mantenido en uso hasta bien entrado el nuestro?) ¿Acaso es excesivo o «acientífico» poner en duda nuestro quehacer cotidiano? ¿Realmente hubo fundamento suficientemente científico para la política de transfusiones sanguíneas pretrasplante universalmente extendida que tanta sangre ha costado a los benefactores donantes, aparte de otros perjuicios de mayor calado?

– ¿Se puede realmente admitir que la introducción de la ciclosporina supuso una «nueva era» en el tratamiento del trasplante? ¿No asaltan dudas

sobre si su toxicidad, carcinogénesis, coste, necesaria monitorización... ha sido realmente un avance sobre el tratamiento anterior?

– Está justificado a la luz de la experiencia actual sobre la parca eficacia inmunosupresora de nuestros métodos, el alud de inmunosupresores que intentan desplazar el ya consolidado conocimiento sobre la ciclosporina? ¿De nuevo experimentación social?

– ¿Hablamos de los OKT3? ¿Es realmente positivo el balance beneficio/riesgo?

– ¿Algún médico experimentado en el seguimiento de pacientes inmunodeprimidos será capaz de apostar por la eficacia del tratamiento antiviral? Sin embargo ¿hay duda alguna sobre su toxicidad?

– A la luz del conocimiento general sobre la biología y la naturaleza ¿está justificada esta tormenta e inundación medicamentosa que supone los bolos o pulsos i.v. que empezaron hace 4 lustros con la furosemida (abandonados por inútiles) y siguen en extensión progresiva a patologías metabólicas e inmunológicas crónicas y ya incluso degenerativas.

– ¿Es la inmunoadsorción tratamiento experimental o tiene alguna utilidad clínica evidente?

– «Treatment of diabetic nephropathy». Importance of glucose control: the efficacy of therapy depends in part upon the stage at which it is begun. As an example, combined renal and pancreatic transplantation (the latter leading to true normalization of glucose metabolism) can prevent recurrent diabetic nephropathy in the transplanted kidney.... ¿Cómo podemos leer esto en nuestra moderna biblia cibernética «Up to date», cuando la realidad es que la ineficacia y la extremada morbilidad de los trasplantes combinados riñón-páncreas ha impedido en Europa su extensión como terapéutica?

– Cuando aparece una innovación en medicina, las publicaciones científicas se inundan de trabajos demostrando su utilidad. Por ejemplo, las excelencias del Doppler vascular-renal conseguían hace escaso tiempo diferenciar entre el rechazo, la necrosis tubular y la toxicidad por CsA, según «publicaciones de prestigio». Hoy día sabemos que es una exploración que añade poco a la escasa utilidad del estudio isotópico y ello sólo cuando es el propio nefrólogo el que hace el estudio-seguimiento. ¿Hay alguno de los cantores iniciales de tal procedimiento que se desdiga de sus apresurados hallazgos iniciales? ¿Cuentan tales publicaciones inductoras a error, como mérito curricular?

– Visto *a posteriori* ¿están justificadas pautas de tratamiento tales como la de Muerhake R.C. de nefasta memoria tanto para los que la sufría o sus deudos, como para los que entonces la administrábamos (tratamiento de la GNMP: imurel + genoxal + heparina)? ¿Algún vió algún beneficio de aquel he-

roico tratamiento? ¿No continúa en la actualidad acaso, la misma heroica filosofía?

– Se puede entender desde un observatorio agnóstico, ese afán del médico moderno por hacer de cualquier inocente un paciente al quererle curar de las enfermedades antes de que aparezcan, si no fuera por esa fe religiosa que tiene en su método? ¿Acaso no rechaza el sentido común que para «prevenir» (?) la peritonitis por estafilococo se proponga el tratamiento con antibioterapia general del portador nasal, púbico o axilar y de su familia?

– ¿Por qué esa distancia entre lo que hacemos y lo que decimos? ¿Acaso no es una consideración menor la compatibilidad HLA cuando elegimos un receptor en trasplante renal? Si nuestras ideas sobre genes de histocompatibilidad (cuando la selección del receptor la hacía el inmunólogo) se hubieran consolidado en la experiencia clínica, no estaríamos donde estamos y no existiría el trasplante hepático... ¿Alguien ha visto en letra impresa poner en duda aquellos conocimientos, o han de seguir los nuevos médicos residentes en la misma rutina como siguen algunos en la dieta de 30 gr de proteínas?

– ¿Alguien de nosotros duda que el cumplimiento de las actuales normas legales sobre información al paciente se vuelven en contra del propio paciente? ¿Y duda alguien de que la medicina defensiva que provoca se vuelve contra el médico, empobreciéndole y alienándole aún más? ¿Será irreversible la situación?

– En una sesión clínica a la hora de acordar una decisión, no se si diagnóstica o terapéutica, uno de los asistentes repara en que no indicaría tal procedimiento si el paciente fuera un familiar querido. Ese es un comentario totalmente demagógico —se le responde— ¿Realmente es eso la demagogia o estamos eludiendo una cuestión ética arrojándonos con «la ciencia»?

N. de la R.: Sin estar plenamente de acuerdo con todas las consideraciones del Dr. Morales, entendemos que su editorial es un soplo de aire fresco en medio de muchos de los dogmas largamente mantenidos en nuestra especialidad por razones muy diversas. En todo caso, desde NEFROLOGIA invitamos a los miembros de la SEN a un debate sobre el tema, bien en forma de Cartas al Director o de Editorial.

Rafael Matesanz
Editor Nefrología