

BOLETÍN

MEDICINA INTERNA • PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA Y DE LA FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

SUMARIO

- Editorial. A. Sánchez Rodríguez *Página 3*
SEMI, Presente y Futuro. A. Sánchez Rodríguez y M. A. González de la Puente *Página 4*
27 Congreso Mundial. B. Gil Extremera *Página 6*
Vigencia actual y futura... C. Rozman *Página 8*
Cambios en la educación médica... R. Pujol Farriols *Página 10*
La investigación del médico internista. J. García Puig *Página 12*
La Osteoporosis... M. Sosa Henríquez y M. Díaz Curiel *Página 14*
El médico internista... edad avanzada. A. San José *Página 15*
Microalbuminuria... J. Redón *Página 16*
Diabetes... multidisciplinar. M. Serrano Rios *Página 17*
Resumen del programa científico. *Página 18*

NÚMERO
EXTRAORDINARIO

XXVII CONGRESO MUNDIAL DE MEDICINA INTERNA

26 Septiembre al 1 Octubre
GRANADA 2004
ESPAÑA

Secretaría SEMI – FEMI
Avda. de Brasil, 30 - 2º B - 28020 Madrid
Telf.: 91 556 40 66 - Fax: 91 556 49 92
www.fesemi.org - E-mail: semi@fesemi.org

Patrocinio y distribución:  **Grupo Bristol-Myers Squibb**

Edita: MultiméDica Proyectos
Rodríguez San Pedro, 71 - 28015 Madrid
Telf.: 91 550 29 70 - Fax: 91 550 29 71
boletinsemi@multimedica.proyectos.com
Coordinador periodístico: Luis C. Vaquero Cemborain

Periodicidad: Cuatrimestral
Tirada: 5.000 ejemplares
ISSN: 1695-8764
SV: 339-R-CM
Dep. Legal: M-11666-2003

Sociedad Española de Medicina Interna. SEMI

JUNTA DIRECTIVA

Presidente
Ángel Sánchez Rodríguez

Vicepresidente 1º
Miguel Ángel González de La Puente

Vicepresidente 2º
Ramón Pujol i Farríols

Secretario
Pedro Conthe Gutiérrez

Tesorero
José A. Santos Calderón

Vocales

Presidente de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna
Pedro L. Castillo Higuera

Presidente de la Sociedad de Medicina Interna de Aragón, La Rioja, Navarra y País Vasco
Gregorio Tiberio López

Presidente de la Sociedad Asturiana de Medicina Interna
José Luis Menéndez Caro

Presidente de la Sociedad Canaria de Medicina Interna
Abelardo D. Cervera Pérez

Presidente de la Sociedad Castellano-Leonesa Cantabria de Medicina Interna
Alejandro Ridruejo Martínez

Presidente de la Sociedad Catalan-Balear de Medicina Interna
José Font Franco

Presidente de la Sociedad de Medicina Interna de Extremadura
Juan Carlos Bureo Dacal

Presidente de la Sociedad Gallega de Medicina Interna
Roberto Pérez Álvarez

Presidente de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid - Castilla la Mancha
Manuel Rodríguez Zapata

Presidente de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia
José Arribas Ros

Presidente de la Sociedad de Medicina Interna de la Comunidad Valenciana
José María Cepeda Rodrigo

Vocal MIR
Begoña Cortés Rodríguez

Comisión Nacional de la Especialidad
Miguel Vilardell Tarrés

Fundación Española de Medicina Interna. FEMI

GRUPOS DE TRABAJO

Coordinadores

Aspectos Éticos y Legales en Medicina Interna: *Eloy Pacho Jiménez*

Edad Avanzada: *Antonio San José Laporte y Manuel Rodríguez Zapata*

Enfermedades Infecciosas: *Regino Serrano Heranz*

Gestión Clínica: *José A. Santos Calderón*

Hospitalización a Domicilio y Telemedicina: *Francisco Rosell Abaurrea*

Insuficiencia Cardíaca: *Jordi Forteza Rey*

Obesidad-Diabetes Tipo 2: *Manuel Serrano Ríos*

Osteoporosis: *Manuel Sosa Henríquez*

Riesgo Vascular: *Carmen Suárez Fernández*

Tromboembolismo: *Manuel Monreal Bosch*

EDITORIAL

La Medicina Interna Española se siente orgullosa de haber sido designada para la programación y desarrollo del 27 Congreso Mundial de Medicina Interna.

El Comité Organizador y la Junta Directiva de la SEMI han trabajado con ilusión y no han escatimado esfuerzos para situarlo a la altura de los profesionales que en él van a participar y para que represente una excelente oportunidad de demostrar nuestra calidad asistencial e investigadora en el ámbito de nuestro campo de conocimiento, mediante el intercambio de información y de experiencias.

Por su carácter sistémico e integrador, la Medicina Interna debe constituir la referencia de la que parten y el punto al que retornan el resto de las especialidades tanto en lo que atañe a la atención médico-enfermo como en la significación última del recorrido de la investigación.

La SEMI ha hecho un esfuerzo importante humano y económico para facilitar la programación y realización del Congreso y espera un final feliz.

El programa del Congreso cumple los objetivos de un amplio espectro de temas en su vertiente etiopatogénica, fisiopatológica, clínica y terapéutica y todos deseamos con ilusión que sea un éxito su desarrollo.

Desde la Junta Directiva de la SEMI nos ha parecido oportuno dedicar un número extraordinario del Boletín Oficial de la Sociedad con motivo de este Congreso Mundial.

En él se expondrán algunos aspectos que son interesantes para todos los internistas en la situación actual y en el futuro de la Medicina Interna: la SEMI, el Congreso Mundial y su repercusión, la Educación Médica Continuada, la Investigación en Medicina Interna y la situación del internista ante determinados procesos prevalentes, propios de nuestra actividad, como el riesgo vascular, el envejecimiento, la osteoporosis o la diabetes.

Los internistas españoles debemos demostrar y merecer nuestra capacidad de liderazgo en la conjunción asistencial, docente e investigadora del campo de conocimiento que denominamos Medicina Interna y reavivar aquella afirmación de Sir William Osler para que la Medicina Interna vuelva a ser "la especialidad médica más completa, solicitada y gratificante".

Con estos buenos deseos recibid todos los internistas españoles el saludo más cordial.



Ángel Sánchez Rodríguez
Presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna



editorial

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

PRESENTE Y FUTURO

Nuestra Sociedad, no podría ser de otra manera, tiene una biografía paralela a la de la propia especialidad. Hace ahora cincuenta y dos años fue fundada por destacados internistas que supieron imprimir desde el primer momento el impulso de su prestigio personal y profesional, que era mucho.

Su nacimiento coincidió, con el inicio de una etapa brillantísima de la medicina, adornada por constantes aportaciones no sólo de orden técnico-científico sino también de carácter organizativo. Una de las consecuencias del nuevo orden ha sido la aparición, a veces incontrolada, de nuevas especialidades, generalmente de perfiles científicos nítidos y vinculadas a órganos o sistemas o a técnicas. Sin duda se ha tratado de una dinámica muy positiva que ha permitido un crecimiento imparable del conocimiento científico y del servicio a la sociedad, aunque no todas las aportaciones tengan el mismo peso y se pretenda olvidar su tronco común.

La Medicina Interna ha vivido este fenómeno desde al menos dos actitudes. La primera, centrada en la especialidad como se ha concebido siempre, al modo tradicional, aunque ello implique un esfuerzo permanente para definir su identidad. La otra, de desarrollo de nuevas áreas asistenciales, más monográficas que cumplimentan y potencian su campo y su desarrollo. Añadamos para completar el actual panorama la importante dedicación de muchos internistas a espacios asistenciales nuevos, como las urgencias o la hospitalización domiciliaria, cuidados paliativos y la dedicación a la docencia que debiera ser el elemento básico en el pregrado y fundamental en el postgrado.

La SEMI tuvo que ver cómo se fragmentaban sus contenidos e incluso ella misma desaparece como Sociedad nacional y es sustituida por la Federación de Sociedades Autonómicas. No fue fácil, y desde aquí, nuestro reconocimiento a todos los que mantuvieron la fe en nuestra especialidad y en nuestra Sociedad.

Quizás era necesario este periodo de "travesía del desierto". Posiblemente las cosas no pudieron ser de otro modo. En los últimos años, sin embargo, se ha iniciado una nueva etapa en la que, nadie lo duda, se están alcanzando horizontes antes imposibles. Así al menos lo parecía.

Hoy tiene la SEMI un presente estable y un futuro esperanzador que nadie nos impedirá conquistar si seguimos estando dispuestos a hacer el esfuerzo necesario. En estos últimos años se han renovado las relaciones institucio-



presente y futuro

nales (Comisión Nacional de la Especialidad, EFIM, FEMI), se han creado los Grupos de Trabajo y las correspondientes Reuniones anuales de algunos de ellos, se ha instituido la Reunión anual de Jefes de Servicio, iniciado la publicación de éste nuestro Boletín, la serie "Protocolos", la andadura de una Escuela de Verano, la potenciación de los Congresos nacionales y nos hemos dotado de una estructura organizativa y económica que permite abordar nuevas tareas.

Entre estas nuevas tareas y como proyectos o realidades en distinta fase de desarrollo, el ofrecimiento a todos los socios de un curso de Formación Continuada, de otro curso de Investigación clínica o la realización de un Estudio socioprofesional de la Medicina Interna en España.

Para nuestros Residentes que ya celebran una Reunión anual, está prevista la conclusión del "Libro del Residente en Medicina Interna" y la organización de una Reunión nacional de Tutores de la especialidad.

Se dispone de una página web y de un gabinete de prensa a disposición de todos.

Si a esta relación, no exhaustiva, se añaden las iniciativas de cada una de las Sociedades integrantes se puede afirmar que los internistas tenemos una organización social activa y en condiciones de dar respuesta a las necesidades que se le demanden.

Tenemos la ocasión de demostrar nuestra actividad y nuestro impulso en este magnífico Congreso Mundial de Medicina Interna, agradeciendo muy cordialmente al Comité Organizador su importante y continuado esfuerzo.

A punto de iniciarse una nueva andadura con la renovación de la Junta Directiva es obligado el reconocimiento a los miembros de la Sociedad por su apoyo, participación y estímulo constante. Al mismo tiempo es necesario seguir solicitando la colaboración de todos, imprescindible en cualquier circunstancia pero mucho más ante la creciente complejidad de la Sociedad y de las iniciativas emprendidas.

En nombre de las Juntas Directivas saliente y entrante gracias por vuestro esfuerzo, el que habéis hecho y el que estáis dispuestos a realizar.



Miguel A. González de La Puente
Vicepresidente 1º
Presidente entrante



Ángel Sánchez Rodríguez
Presidente



27 CONGRESO MUNDIAL DE MEDICINA INTERNA

Recuerdo histórico

La Sociedad Internacional de Medicina Interna ("International Society of Internal Medicine", ISIM) fundada en 1948 en Basilea, destaca entre sus actividades científicas la celebración de su congreso bianual entre los países de las cincuenta y seis sociedades científicas que la integran. En 1956 tuvo lugar por primera vez en España el congreso de esta Sociedad, concretamente en Madrid, siendo Presidente del mismo el Profesor Jiménez Díaz. Han debido transcurrir 48 años para que el congreso de la Sociedad vuelva de nuevo a nuestro país, a la ciudad de Granada.

Su génesis se remonta a junio de 1998. Por entonces, la Junta Directiva de SEMI decidió apoyar la idea del Profesor Gil Extremera de presentar una candidatura para optar a que el 27 Congreso de ISIM tuviera lugar en Granada. Este proyecto, sin duda, ayudaría a profundizar y estrechar las relaciones científicas y personales entre los miembros de ambas Sociedades: SEMI e ISIM. Afortunadamente, la idea cristalizó cuando el 6 de noviembre de 1998 la candidatura española presentada en Lima durante el 23 Congreso de ISIM, ganó por unanimidad el apoyo de su Comité Ejecutivo frente a las propuestas de Eslovenia, Suiza, Argentina e Indonesia.

De manera inmediata el Comité Organizador constituido *ad hoc*, se puso rápidamente a trabajar en este magno proyecto y fruto de seis largos años de ininterrumpido esfuerzo, dedicación, e ilusión se ofrece este 27 Congreso de ISIM que marcará, sin duda, un "antes" y un "después" de la medicina interna española en el plano internacional.

Programa Científico

El Congreso tiene lugar en el Palacio de Exposiciones y Congresos de Granada desde el 26 de septiembre al 1 de octubre, y cuenta con una asistencia estimada de más de 3.000 especialistas de los cinco continentes, representando a 45 países.

El Programa se estructura en seis modalidades científicas: a) Sesiones plenarias (27); b) "update" en medicina interna (7); c) conferencias magistrales (10); d) sesiones de formación médica continuada (36); e) simposia (2); f) comunicaciones científicas orales y en poster (1574).

Entre las principales patologías incluidas en el Programa están la hipertensión, diabetes, osteoporosis, obesidad, EPOC, hepatitis, tromboembolismo, factores de riesgo cardiovascular, ictus y demencias todas ellas de gran prevalencia en el mundo actual; también se presta atención preferente a los trastornos lipídicos, reflujo gastroesofágico, disfunción eréctil, telemedicina y hospitalización domiciliaria.

El Programa comprende un total de ¡302 horas! lectivas distribuidas en numerosas actividades simultáneas; es poco probable que otros congresos médicos, bien de carácter nacional o internacional puedan aproximarse a tan elevado número de actividades docentes y formativas.

"asistencia
estimada de
más de 3.000
especialistas
de los cinco
continentes,
representando
a 45 países"



Panel de expertos

La relación de conferenciantes que participan en el Programa Científico, supera los doscientos entre los que se encuentran los más destacados expertos en las distintas áreas de la medicina interna; como el Dr. Pierre Lefèbvre, Presidente de la Federación Mundial de Diabetes que tratará sobre la situación actual de esta enfermedad; el Dr. Joseph Johnson ex Presidente de American College of Physicians-American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM), de la Universidad de Florida, considerado una autoridad internacional en el virus del Nilo; la Dra. Sara Walker actual Presidente de la citada institución americana que analizará las perspectivas terapéuticas de la osteoporosis; Alfredo Alberti de la Universidad de Padua (Italia) que disertará sobre el tratamiento de la hepatitis C.

De entre los españoles cabe señalar la participación del Profesor Bernat Soria experto en células madre; el Profesor Martínez Lage en la enfermedad de Alzheimer; el Profesor Carmena, autoridad internacional en el campo de las dislipemias, el Profesor Foz en la obesidad, el Profesor Serrano Ríos en diabetes, entre otros destacados expertos.

El Congreso de medicina interna que con carácter bi-anual celebra la Sociedad Internacional, es el foro que permite reunir a internistas de todo el mundo.

Es sabido que la medicina interna constituye la rama de la medicina que trata de manera universal las enfermedades de los órganos internos y los mecanis-

mos etiológicos y patogenéticos que las motivan. De este modo, el internista se erige en responsable del tratamiento integral, armónico y científico de los pacientes pluripatológicos tan frecuentes en el momento actual; aunando en esta actividad las tres facetas complementarias del acto médico: *ciencia, técnica y arte*.

En una población, cada vez más longeva, la mayoría de los pacientes atendidos por el internista corresponde a personas de edad avanzada en las que coexisten varios procesos asociados o relacionados entre sí. Es de todo punto imprescindible, o más aún, vital, el armonizar de forma racional y científica aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos dirigidos a estos pacientes. En este sentido, en el Programa se contemplan sendas Sesiones Plenarias de carácter monográfico dedicadas al paciente de edad avanzada, en patologías tan prevalentes como *hipertensión, y síndrome confusional agudo*, respectivamente.

Blas Gil Extremera
Presidente del Congreso

Vigencia actual y futura de la Medicina Interna

Ciril Rozman

Catedrático de Medicina. Profesor Emérito Universidad de Barcelona

La celebración del XXVII Congreso Mundial de Medicina Interna en España me estimula a reflexionar sobre las profundas modificaciones que ha sufrido esta especialidad, a la vez que defender con entusiasmo su vigencia actual y futura.

William Osler, el gran maestro de la Medicina Interna estadounidense y mundial, predijo en 1897 que durante el siglo XX, la Medicina Interna sería la especialidad médica más completa, más solicitada y más gratificante, así como una elección vocacional excelente para los estudiantes de Medicina. Esta predicción fue válida, pero sólo para los dos tercios iniciales de dicho siglo, pues a su término la Medicina Interna fue experimentando crecientes dificultades para perfilar su identidad y límites. Osler definía al internista como generalista plural y distinguido. La idea de que se trata de un médico con una visión amplia del paciente la subrayaba con dos vocablos: generalista y plural. Pero a la vez, incluía en su definición el concepto de profundidad de conocimientos, con el adjetivo de "distinguido".

De acuerdo con la predicción de William Osler, el prestigio de la Medicina Interna entendida en estos términos fue enorme. Los internistas ocupaban los cargos del máximo rango tanto en la Universidad como en el Hospital, y a ello se aunaba

habitualmente el papel de consultor del mayor prestigio, con el consiguiente triunfo social y económico. En suma, el internista tenía dos características principales: a) por un lado, dada su profundidad de conocimientos, desempeñaba el papel de consultor de máximo rango; y b) por otro lado, por ser generalista y plural, era capaz de ofrecer a sus pacientes una asistencia integral. En la mitad de la década de los años sesenta se inició el proceso de la

disgregación de la Medicina Interna de cuyo tronco común surgieron con fuerza diversas subespecialidades médicas.

El papel del consultor de máximo rango lo comenzó a ocupar el subespecialista. El público se olvidó progresivamente del internista general, para encumbrar en su lugar a los correspondientes cardiólogos, neumólogos, oncólogos, etc. A ello se unía la aparición de una nueva figura, el especialista en Medicina Familiar y Comunitaria quien compite con el internista en su segunda faceta, es decir, la asistencia integral, con lo cual, la función del internista parece haberse vaciado de contenido.

Antes de preguntarnos acerca de la vigencia de la Medicina Interna, se imponen algunas precisiones semánticas. Clásicamente se han distinguido en el terreno de la Medicina Interna dos clases de profesionales: el Especialista en Medicina Interna General y el Especialista en alguna rama de la Medicina Interna o Internista Subespecializado. Cuando analizamos los "Boards" estadounidenses, ambos pertenecen claramente al amplio grupo de especialistas en Medicina Interna.

La evolución histórica nos ha conducido a la situación actual en la cual numerosos digestólogos, cardiólogos, neumólogos y otros subespecialistas ya no se consideran inter-

"A mi juicio, un buen internista es capaz por sí solo de resolver numerosos problemas del paciente que requerirían la intervención de diversos especialistas, con el consiguiente encarecimiento asistencial"

nistas ni son considerados así por los Internistas Generales. A mi juicio, sería deseable que todos los subespecialistas conservasen, si no el nombre, por lo menos la preparación y la esencia del internismo. Y esta no es otra que la capacidad de aproximación integral al enfermo, basada en profundos conocimientos científicos. Pero es obvio que la realidad actual nos obliga, cuando nos preguntamos acerca de la vigencia actual y futura de la Medicina Interna, centrarnos exclusivamente en su vertiente general. Dicho de modo, ¿va a ser necesario en el futuro el Especialista en Medicina Interna General, es decir, el Internista, o es una figura, como se ha señalado por algunos, en vías de extinción?

No quisiera que en este ejercicio, siempre arriesgado, de futurología, me embargasen sentimientos y deseos, surgidos de las vivencias del siglo pasado. Desde el convencimiento de que no volverá a producirse la situación que vivieron nuestros grandes maestros de Medicina Interna que nos precedieron, apuesto por la vigencia futura del internismo. Mis argumentos son dos: a) la idoneidad del internista para el ejercicio de nuestra profesión en su sentido más completo; y b) las razones económicas.

El internista es el especialista que mejor está preparado para ofrecer a su paciente una atención integral. Un enfermo no es una mera suma de diversos sistemas orgánicos que cada especialista es capaz de diseccionar en su vertiente que le es propia, sino un ser humano con su complejidad bio-psico-social. Sus diversos aparatos o sistemas biológicos se relacionan entre sí y se ven influidos, además, por las vertientes psíquicas y circunstancias sociales. Por su preparación y orientación generalista, el internista es particularmente idóneo para comprender al paciente como persona y no sólo como un organismo enfermo.

Actualmente está muy en boga la llamada medicina basada en evidencia que, dicho de paso, sería preferible denominar basada en la constatación, puesto que lo evidente no requiere demostración. Se trata de un movimiento loable, pues pretende que los médicos tomemos nuestras decisiones basándonos en datos científicos.

Con todo, en el ejercicio clínico es difícil que se puedan medir con exactitud todos los problemas que aquejan al paciente. Por dicha razón hay movimientos que pretenden contraponer a la medicina basada en la evidencia, la llamada medicina basada en la complejidad. A mi juicio, el ejercicio clínico siempre habrá que realizarlo con un cierto grado de incertidumbre. El internista suele poseer el necesario arte clínico para tomar decisiones idóneas en las situaciones complejas de multimorbilidad e incerteza.

La dimensión económica constituye una característica inabordable de la sanidad actual. Las razones de esta índole están potenciando la figura del internista en Estados Unidos y es de esperar que lo mismo suceda en España, cuando se apliquen los criterios de eficiencia a los distintos profesionales de la Medicina. A mi juicio, un buen internista es capaz por sí solo de resolver numerosos problemas del paciente que requerirían la intervención de diversos especialistas, con el consiguiente encarecimiento asistencial.

En suma, me atrevo a augurar que el internista seguirá siendo imprescindible, ya que es capaz de ofrecer mejor que nadie una asistencia integral al paciente y por tanto más satisfactoria para él, desenvolverse en el terreno de la complejidad e incertidumbre con arte clínico y desarrollar su labor de forma eficiente en terreno económico. ◀

Cambios en la Educación Médica que afectan a la Medicina Interna

Ramón Pujol Farriols

Vicepresidente 2º de la SEMI

El inicio de este siglo XXI se caracteriza, como suele pasar con los cambios de siglo, por ser una época de transformaciones. Por lo que a la Medicina se refiere esto ya se vislumbraba desde los finales del siglo XX. El papel del médico, del ciudadano, de las políticas e instituciones sanitarias, de la práctica clínica, de los medios diagnósticos y terapéuticos, el perfil del paciente y tantas otras cosas están cambiando que, incluso, los mejor predispuestos a adaptarse, pueden desorientarse en este nuevo entorno.

Las sociedades científicas, en nuestro caso la SEMI, tienen que analizar y redefinir su papel con el fin de ponerse al día en esta nueva época, incluyendo las tareas educativas. Es de destacar que la SEMI ha puesto especial interés, y lo seguirá haciendo, en todas las actividades formativas que han de beneficiar a los propios internistas y de las circunstancias que puedan influir en su práctica profesional.

Haciendo un análisis de algunos aspectos que están emergiendo y que afectan, y afectarán, a la formación de internistas destacan los siguientes:

1) **Cambios en la formación de médicos:** no se puede analizar la formación posgraduada de forma aislada sin tener en cuenta

el período previo, aquel en el que se inicia la educación del futuro profesional. Si bien el impacto que tendrá el tan cacareado espacio único de formación europea sobre nuestra profesión está en fases más iniciales que en otras profesiones, en los próximos años vamos a asistir a una precisión de los objetivos de formación en el pregrado y a una definición explícita del perfil del profesional médico que la sociedad europea va a querer. En consecuencia se espera que exista un nuevo marco para la formación de los médicos europeos. Es en este marco en donde los internistas hemos de influir aportando capacidad de innovación en tanto que docentes con potestad para influir positivamente. Un aspecto especialmente interesante será la formación de docentes que incluya la capacidad en dominar nuevos sistemas educativos que se alejen de la formación tradicional basada excesivamente en la enseñanza teórica, en el enseñante y en el paternalismo para dar lugar a un sistema que priorice la enseñanza con mayor contenido práctico, potenciando el papel fundamental del alumno y estimulando al autoaprendizaje con una tutela de calidad.

2) **Adaptación a la nueva práctica clínica:** siempre se ha destaca-

do la gran capacidad de adaptación de los internistas y de hecho así ha sido en nuestro país en numerosas ocasiones. El internista, por su formación global y versátil, ha sido capaz en los últimos años de prestar especial atención a determinados problemas emergentes de nuestra sociedad: las enfermedades infecciosas, el envejecimiento, las urgencias, la inmigración, el trabajo interdisciplinar, los cuidados paliativos han sido, entre otros, problemas de salud o formas de organizarse en las que hemos estado siempre presentes. Ahora bien, esta especial dedicación no debe suponer una renuncia a lo que es la esencia de la Medicina Interna. Este es un reto importante del futuro inmediato; hemos de ser capaces desde la SEMI de mantener una Medicina Interna potente sin despreciar ninguna de las nuevas necesidades que requieran un esfuerzo de adaptación, y por otra parte saber hacer nuestros a todos aquellos profesionales que dedicándose a áreas específicas desde la Medicina Interna la refuerzan y no la fragmentan. Esta ideología deberá imperar en la Europa del futuro inmediato en la que los internistas españoles no debemos ser meros espectadores sino que impulsores de la misma.

3) **Formación troncal:** este término del que ahora se habla con tanta insistencia comportará, previsiblemente, la inmediata creación de un núcleo de formación clínica para todas las especialidades, médicas en nuestro caso, cuyo contenido tendrá mucho que ver con el de la Medicina Interna. Esta será otra oportunidad para contribuir a una mejora en la calidad de la formación médica de posgrado en tanto que la definición de conocimientos será crucial, pero también la de las habilidades y de las actitudes precisas para tener una sólida base previa a la formación especializada propiamente dicha. De la capacidad de liderazgo, de creatividad y de cooperación de los dirigentes de la Medicina Interna de nuestro país dependerá el éxito de la empresa.

4) **Evaluación de las competencias profesionales:** la resistencia ancestral a que los profesionales seamos evaluados, sólo atribuible a una cultura negativa al examen y quizás también a una falta de dedicación paralela a la formación de calidad en algunos casos, debe ser vencida para dar credibilidad a nuestra práctica profesional. Los internistas hemos sido pioneros en algunas de las experiencias llevadas a cabo en nuestro país con nuevos métodos de evaluación, pero es necesario crear un sistema de evaluación formativa y sumativa para nuestros futuros especialistas que añada prestigio y credibilidad por parte de todos a nuestro sistema educativo. También veremos, a no mucho tardar, la puesta en marcha de métodos de acreditación y reacreditación de nuestra competencia profesional por lo que será mejor estar bien preparados para ello y proponerlos nosotros antes de que sean impuestos desde el exterior. En este contexto, los conceptos que incorpora el profesionalismo en general y particularmente el que la sociedad visualice que sus profesionales sanitarios, y en nuestro caso los internistas, están dis-

puestos a acreditar su competencia para ofrecer una atención de calidad no debe desaprovecharse. El desarrollo profesional necesario "*para estar en forma*" a la hora de ser acreditado también hará exigible actividades de formación continuada de alto nivel dirigidas a paliar deficiencias que los propios internistas detecten.

5) **Avances tecnológicos:** la aportación tecnológica en los últimos años tanto por lo que se refiere al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades como a las técnicas de información y comunicación ha sido impresionante. Los especialistas en Medicina Interna aunque característicamente utilizamos tecnología *soft* en nuestra práctica más directa tenemos dos retos importantes en esta área, el primero es no mostrarnos ajenos a estos avances y aprenderlos y utilizarlos para nuestra formación en la medida mejor posible. Por otra parte hemos de demostrar, y educar a los más jóvenes, que la coexistencia entre el uso de nuevas herramientas tecnológicas y una medicina humanizada es posible. Por decirlo gráficamente el internista en el hospital ha de actuar como defensor del paciente gravemente enfermo ante el aluvión de tecnología que le va a afectar. El que toda esta maquinaria pase por el tamiz de un clínico competente mentalizado en este papel ha de ser, y de hecho ya lo es, un beneficio para el paciente.

Muchos otros aspectos afectarán la formación en Medicina Interna, aquí se han apuntado algunos, pero todos ellos deben facilitar que los responsables de la formación de internistas a todos sus niveles se muestren activos para aproximar las necesidades educativas a las necesidades del sistema sanitario. Sólo de esta manera mantendremos, y a ser posible incrementaremos, el reconocimiento que se ganaron a pulso muchos internistas durante los últimos 50 años. ◀

La Investigación del Médico Internista

Juan García Puig

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz.
Universidad Autónoma, Madrid*

Investigar es contestar preguntas. ¿Cómo puede un médico internista incorporar a su ejercicio profesional una actividad –investigar– que requiere tiempo, voluntad, concentración y medios? Hace pocos días me preguntaban: ¿Qué es un internista? Un médico –contesté yo– que se ha formado en Hospitales para ser capaz de orientar de forma científica cualquier padecimiento de otra persona, con una visión global del ser enfermo. Si el desarrollo de la Medicina Clínica puede equipararse al de un árbol frondoso, las especialidades y superespecialidades serían las ramificaciones 1ª, 2ª, 3ª, 4ª,..... que van surgiendo a partir de un tronco común, el de la Medicina Interna.

Y ¿qué distingue al internista de los especialistas? Los especialistas van surgiendo a medida que avanza el desarrollo de la medicina y de sus técnicas. Los especialistas procuran el avance y progreso de su especialidad, son imprescindibles para el desarrollo de todo el “árbol”, pero a medida que se sitúan en el punto más avanzado del conocimiento o de la técnica, se alejan de las demás “ramas” o especialidades. El internista ha decidido quedarse cerca del “tronco del árbol”. Le gusta ver todo el “árbol” y conocer las distintas especialidades y superespecialidades que van emanando de ese “tronco” común. En el entorno de su actividad hay muchas áreas que pueden mejorar, pero también y sin abandonar su lugar de actuación pro-

fesional en el “tronco”, el internista puede encaramarse hasta lo más alto de una “rama” y contribuir al crecimiento del “árbol frondoso”. “*En Medicina*, decía el Prof. Julio Ortiz Vázquez (1), *el progreso depende no sólo del descubrimiento de lo antes ignorado, sino también de la justa proyección de un hecho ya conocido pero no interpretado, o de la ordenación racional de las verdades conocidas y dispersas, sobre el esquema general del saber*”. Este es el gran mérito que le cabe a Klemperer, cuando en 1942 agrupó enfermedades dispersas, pero ya bien caracterizadas, bajo el término común de “enfermedades del colágeno”. Nosotros, desde una posición de humildad, hemos elaborado una nueva clasificación clínica de la deficiencia de hipoxantina-fosforribosil-transferasa, basados en la observación de 22 pacientes, una de las series más amplias recopiladas en la literatura (2). Pero además, el internista puede y debe establecer lazos profesionales con otros especialistas, sin los cuales la investigación y el progreso resultan hoy en día imposibles. Un buen ejemplo es la investigación en el área del riesgo vascular, pero también son ejemplos buenos la investigación en el área del SIDA, la enfermedad tromboembólica, la hepatitis C, la fiebre de origen desconocido, la infección nosocomial, la litiasis renal, etc. Todas estas áreas del conocimiento poseen aspectos desconocidos, susceptibles de investigación, y siempre tendrá interés conocer sus caracte-

ísticas locales a partir de las cuales poder tomar decisiones individuales y/o colectivas (3). Estas y otras muchas áreas de la patología requieren para su mejor comprensión de una visión global del enfermo, activo nuclear del internista por vocación y por formación.

La actividad asistencial cotidiana del internista le lleva a contestar las preguntas que le son planteadas por los enfermos. Para ello, el internista formula hipótesis, elabora un plan de actuación para verificar las hipótesis, obtiene resultados, procesa y analiza los datos, y establece conclusiones. El acto médico es un acto científico. Como dice el Prof. Juan José Vázquez Rodríguez, “*el médico debe acercarse al paciente con una actitud científica de similar magnitud a cuando investiga en el laboratorio ante un instrumento sofisticado*”. El internista debe aplicar el método científico a cada paciente individual. ¿Pero es misión del internista desarrollar de forma inexcusable una determinada línea de investigación? Pienso que no. Creo que debemos diferenciar la investigación clínica de un paciente concreto de la investigación que pretende contestar una pregunta más amplia. El internista se ha formado, esencialmente, para el ejercicio clínico, y entiendo que esta actividad asistencial no tiene por qué –obligatoriamente– conllevar una actividad investigadora relevante. Del mismo modo que no todos los internistas se involucran en

la actividad docente, muchos internistas no pretenden contestar preguntas diferentes a las planteadas por los enfermos de cada día.

¿Y debe investigar el Servicio de Medicina Interna? Pienso que sí. Entiendo que todo Servicio de Medicina Interna debe estar ubicado en un Hospital, y además de la asistencia y de la gestión, el Hospital debe hacer honor a su nombre con una vocación docente e investigadora decidida. En España, la red de Hospitales de la Seguridad Social nació, hace ahora 40 años, para ofrecer una asistencia de calidad. La investigación y la docencia son actividades "que se han ido añadiendo" a la misión esencial encomendada a los Hospitales. Pero en absoluto deben ser "actividades menores", escasamente potenciadas. Y los miembros de cada Servicio de Medicina Interna deben ubicarse en su actividad profesional a semejanza de las posiciones que deben ocupar los distintos jugadores en un equipo deportivo. ¿Todos a todo y a por todo? Obviamente no. En el contexto de unas plantillas que superan los 40-45 años de edad media, el entrenador -Jefe del Servicio de Medicina Interna- debe tener la potestad de ubicar a cada uno en el puesto que considere mejor para el equipo. A su vez, cada jugador -cada miembro del Servicio de Medicina Interna- debe poner a disposición del equipo sus cualidades, ya bien demostradas, y que el conjunto destaque en aquello que ha venido haciendo durante tantos años. Eso sí, mirando al futuro y dotándose de incorporaciones ("fichajes") que proporcionen el necesario equilibrio entre sus "líneas" (asistencia, docencia, investigación y gestión) (4).

La producción científica de la Medicina Interna Española es mejorable. Para ello, deberíamos hacer un inventario de los grupos de investigación emergentes (menos de 5 años) y consolidados (más de 5 años), que podrían ser acreditados por la SEMI en base a su producción científica. Estos grupos, cuya excelencia debería ser pública, podrían acoger a internistas que desearan emprender un periodo de formación en investigación clínica post-residencia. Este periodo debería ser de 3-4 años, con un tiempo dilatado de formación en otro centro de excelencia, y que culminara con la realización de la Tesis Doctoral, acreditada por la Comisión de Investigación de la SEMI y creada para desarrollar este programa (5). La bondad de esta actuación ya ha sido documentada en nuestro medio (6), y en mi opinión ofrecería un gran valor añadido: incorporar internistas jóvenes que aporten una renovación intelectual necesaria a los equipos.

¿Cómo debería ser la investigación en un Servicio de Medicina Interna? A mi juicio debe tener dos cualidades: ser clínica y poseer calidad. Clínica porque debe estar orientada a responder preguntas emanadas de la actividad asistencial; que interesen a los pacientes. Y de calidad porque todo trabajo profesional debe estar revestido de la mayor excelencia posible. Para ello, hoy en día, es imprescindible reunir equipos multidisciplinares, interesados todos en contestar la misma pregunta. La incorporación al proyecto de profesionales de las ciencias y de otros ámbitos (telecomunicaciones, químicos, físicos, ingenieros, estadísticos, economistas, etc.) puede enriquecer sobremedida la investigación del médico internista. ◀◀

▶▶ REFERENCIAS ◀◀

1. Ortiz Vázquez J. Prólogo. En: Khhamashta MA, Font J, Hughes GRV, eds. Enfermedades Autoinmunes del Tejido Conectivo. Ediciones Doyma, S.A. Barcelona, 1992; pgs. XI-XIV.
2. Puig JG, Torres RJ, Mateos FA, Ramos TH, Arcas JM, Buño AS, O'Neill P. The spectrum of hypoxanthine-guanine phosphoribosyltransferase (HPRT) deficiency: Clinical experience based on 22 patients from 18 Spanish families. *Medicine (Balt)* 2001; 80:102-12.
3. Martínez MA, Sancho T, Armada E, Rubio JM, Antón JL, Torre A, Palau J, Seguido P, Gallo J, Saenz I, Polo E, Torres R, Oliver J, Puig JG, on behalf of the vascular Risk Working Group "Grupo Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA) - MADRID". Prevalence of left ventricular hypertrophy in patients with mild hypertension in primary care: Impact of echocardiography on cardiovascular risk stratification. *Am J Hypertens* 2003;16:556-63.
4. Nash DB, Nash IS. Building the best team. *Ann Intern Med* 1997;127:72-3.
5. Rozman C, Rodés J. Métodos para promover la investigación biomédica en los hospitales universitarios. *Med Clin (Barc)* 2001;117:460-2.
6. Comité de Investigación del Hospital Clinic I Provincial de Barcelona. Evaluación de la producción de los médicos becarios a la producción científica del Hospital Clinic I Provincial de Barcelona (1980-1990). *Med Clin (Barc)* 1994;103:465-9.

La Osteoporosis: una enfermedad ideal para el internista

Manuel Sosa Henríquez¹ y Manuel Díaz Curiel²

¹Catedrático de Patología General. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Jefe de la Unidad Metabólica Ósea. Hospital Universitario Insular. Las Palmas de Gran Canaria. Coordinador del Grupo de Trabajo de Osteoporosis de SEMI.

²Profesor Asociado de Medicina. Fundación Jiménez Díaz y Hospital Nuestra Señora de la Concepción. Madrid. Secretario del Grupo de Trabajo de Osteoporosis de SEMI.

La osteoporosis es una enfermedad extraordinariamente frecuente que afecta tanto a los hombres como a las mujeres. En estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos se ha establecido que a partir de los 50 años de edad, las mujeres tienen un 40% de posibilidades de sufrir una fractura en el resto de su vida (1) y en otros, como en el estudio europeo sobre la osteoporosis vertebral (EVOS) se ha comprobado que la prevalencia de fracturas vertebrales en los varones de más de 50 años en la población europea supera el 25% (2).

La osteoporosis es manejada en la actualidad por un gran número de especialistas: médicos de atención primaria, reumatólogos, ginecólogos, endocrinólogos, traumatólogos, geriatras y rehabilitadores además de los internistas. Y por ello, en prácticamente todas las Sociedades de estas especialidades existen Grupos de Trabajo sobre osteoporosis. Y es que la osteoporosis tiene tantos y diferentes abordajes clínicos y terapéuticos y además existen tantos pacientes, que todo aquel que quiera dedicarse a estudiar y tratar esta enfermedad, encuentra algún campo donde hacerlo. Por ello, cualquiera de estos especialistas puede tratar a pacientes afectados de osteoporosis. En absoluto defenderemos que esta enfermedad sea un coto cerrado para los internistas. Sin embargo, si que argumentaremos las razones por las que creemos que la osteoporosis es una enfermedad para el internista. Para que la estudie, investigue, la diagnostique, la trate y la siga. Y aprovecharemos estas páginas para estimular a todos los internistas que se dediquen a ella basándonos en las siguientes razones:

1. Por su etiología. La osteoporosis afecta a ambos sexos. Una de las formas que afecta a la mujer después de la menopausia es la conocida como postmenopáusica, siendo en realidad idiopática, pues en último extremo se desconocen las causas. El varón también sufre la osteoporosis, pero no tiene un equivalente a la menopausia, por lo que en su caso la osteoporosis suele ser idiopática o secundaria a un amplio número de enfermedades, como determinadas endocrinopatías (entre ellas el hipogonadismo o el hiperparatiroidismo primario), el alcoholismo, enfermedades reumáticas, muchas neoplasias o su tratamiento (inmunosupresores o esteroides), producidas por fármacos, (como las sales de litio o los anticonvulsivantes además de los esteroides antes mencionados) o secundarias a enfermedades que curan con inmovilización como los accidentes vasculocerebrales o las paraplejías o tetraplejías. El internista es el único especialista que puede por sí mismo estudiar y tratar prácticamente todas las causas secundarias de osteoporosis, además de la idiopática.

2. Por la complejidad de su tratamiento integral. Derivadas de las opciones anteriormente mencionadas en el estudio etiológico además del tratamiento completo, tanto de las enfermedades de base ya existentes como de la osteoporosis en sí misma. Además, en el segmento de la población donde es más frecuente la osteoporosis, las personas de cierta edad, coexisten enfermedades muy frecuentes como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la artrosis, siendo el internista el especialista ideal para tratar simultáneamente todos estos procesos, economizando los fármacos o

adaptando los mismos para varios procesos, como por ejemplo incluir las tiazidas en el tratamiento de una hipertensión arterial coexistente o una estatina en el tratamiento de una hipercolesterolemia, fármacos que de paso podrían ser útiles para la osteoporosis.

3. Por el ahorro, tanto en visitas médicas como posiblemente en fármacos. El internista es el especialista que puede tratar en una visita varias enfermedades como las comentadas en el punto anterior, evitando múltiples visitas a otros tanto especialistas, con el consiguiente ahorro en interconsultas y posiblemente en fármacos al optimizar todos los tratamientos, evitando o disminuyendo la polimedicación.

4. Porque tienen todos los medios necesarios. Los internistas reciben su formación en hospitales, trabajan mayoritariamente en ellos donde tienen los medios necesarios: primero y sobre todo a los pacientes de riesgo, que son sobre todo las mujeres de edad (y por lo tanto menopáusicas), afectas de pluripatología y después todos los medios necesarios: además de la historia clínica y la exploración física, analíticas para el diagnóstico diferencial de las causas secundarias de osteoporosis, radiología para el diagnóstico de fracturas y densitometrías, aparatos ya existentes en la mayor parte de los hospitales.

5. Y finalmente porque así lo creen los propios internistas. En una encuesta realizada por el Grupo de Trabajo en osteoporosis de la SEMI a más de 500 internistas de nuestro país, el 90% de los encuestados opinaron que la osteoporosis es una enfermedad que deben tratar los internistas. ◀

El médico internista ante el paciente de edad avanzada

Antonio San José

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Valle Hebrón.
Universidad Autónoma de Barcelona*

La Medicina Interna se configura como una especialidad generalista predominantemente hospitalaria, cuyo principal campo de actuación son las enfermedades médicas más prevalentes y los pacientes con pluripatología. Ofrece, debido a su enfoque integral, un gran interés como puerta de entrada y diagnóstica a nivel hospitalario de pacientes con enfermedades médicas de nueva aparición, y en el manejo de pacientes pluripatológicos hospitalizados.

En la actualidad, debido al progresivo cambio en la epidemiología de las enfermedades más prevalentes, con un predominio cada vez mayor de las enfermedades crónicas, y al envejecimiento de la población, se hace necesario una reorientación de la organización de la atención hospitalaria. Esto pasaría por un reequilibrio, ajustado a las necesidades médicas reales de los pacientes, entre las áreas de hospitalización de medicina interna general y de las subespecialidades médicas, especialmente en los hospitales terciarios y universitarios; la evolución de la "clásica" interconsulta médica hacia modelos más proactivos de "cogestión" de pacientes por más de un especialista; la potenciación de sistemas alternativos a la hospitalización (gabinetes, consultas externas, hospitalización diurna, hospitalización domiciliaria); la creación de

equipos multidisciplinares que proporcionen una atención más integral y coordinada ante patologías que precisan abordajes interdisciplinares (patología vascular, tumores, demencia...); y la mayor coordinación con la atención primaria de salud y la atención sociosanitaria. Los Servicios de Medicina Interna deberán adaptarse a estos nuevos modelos organizativos o perderán una gran oportunidad de crecimiento.

La magnitud del fenómeno de la geriatrización en los hospitales es tal que se hace necesario la creación de programas geriátricos que contemplen una amplia gama de opciones asistenciales (consultas externas, equipos de interconsulta, unidades funcionales, hospitales de día, hospitalización convencional) y a la vez estén estrechamente coordinados con la atención primaria de salud y los hospitales de media y larga estancia. La Medicina Interna debe jugar un papel importante en la participación o liderazgo de dichos programas juntamente con otras especialidades, especialmente la Geriatría. Los antecedentes históricos de cada hospital y las iniciativas geriátricas tomadas previamente por internistas, geriatras u otras especialidades son muy importantes y deberían servir como punto de partida de estos futuros proyectos geriátricos, aunque con una vocación de interdisciplinarie-

dad, transversalidad y continuidad de cuidados.

Paralelamente este envejecimiento de la población obliga, tal como ya se ha empezado a hacer, a replantear los currículums docentes de los estudiantes de medicina, el programa MIR de numerosas especialidades médicas, y los programas de formación continua médica con una ampliación de los contenidos geriátricos. Es éste probablemente uno de los campos formativos de más futuro y deberían participar todas aquellas especialidades médicas más relacionadas con las patologías de las personas de edad avanzada, especialmente aquellos profesionales y equipos más comprometidos y que han estado liderando programas geriátricos de reconocido prestigio. Evidentemente aquí la Medicina Interna tiene que jugar un papel importante, especialmente en el pregrado de los estudiantes de medicina y el postgrado de los MIR y los especialistas de Medicina Interna.

Finalmente, el internismo tiene que realizar, y de hecho ya hay en marcha buenos ejemplos, una apuesta decidida en la realización de investigaciones ambiciosas en patologías propias de la edad avanzada, con un enfoque multidisciplinar y multicéntrico, y con una vocación hacia estudios básicos y clínicos, en el que participen diferentes Servicios Hospitalarios y Departamentos Universitarios. ◀

Microalbuminuria: un objetivo intermedio en la Hipertensión Arterial

Josep Redon

*Unidad de Hipertensión. Medicina Interna.
Hospital Clínico de Valencia. Universidad de Valencia*

El objetivo final del tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) al igual que el resto de los factores de riesgo es reducir la morbilidad y mortalidad cardiovascular. Los grandes estudios cuyos objetivos han sido la reducción en la morbilidad y mortalidad cardiovascular y los meta-análisis de ellos derivados han facilitado el mejor conocimiento de los objetivos terapéuticos, sin embargo en el día a día de la atención al paciente hipertenso con o sin otros factores de riesgo cardiovascular, son necesarios marcadores que nos faciliten la evaluación del daño orgánico precoz y que su seguimiento nos permita evaluar si estamos en el buen camino de la prevención. Estos marcadores, llamados bien objetivos intermedios o "surrogate endpoints" han recibido una creciente atención en los últimos años. De ellos el más conocido y con el que se ha obtenido una gran experiencia es la hipertrofia del ventrículo izquierdo, que evaluado mediante electrocardiografía tiene una escasa sensibilidad y que evaluada mediante ecocardiografía no está al alcance de una gran mayoría de los pacientes hipertensos.

En los últimos años, la determinación de la excreción urinaria de albúmina (EUA) en pequeñas proporciones, la llamada microalbuminuria, emerge como un nuevo objetivo intermedio. Para que pueda considerarse como tal debe cumplir una serie de criterios que vamos a repasar brevemente.

La primera de las características es que su presencia entre los pacientes hipertensos es frecuente y reproduci-

ble. Diversos estudios han demostrado que la microalbuminuria esta presente en aproximadamente un 25% de los pacientes hipertensos, aunque varía en función de los criterios de selección de los pacientes y si los pacientes estaban o no bajo tratamiento antihipertensivo. La variabilidad intradivíduo es aproximadamente de un 10%, lo que lleva a que tan solo de un 5% a 7% de los pacientes tienen discrepancias en su consideración de ser o no microalbuminúricos.

La segunda es que su presencia establece un mayor riesgo cardiovascular, lo que ha sido demostrado en un gran número de estudios tanto de población general como en grupos seleccionados como pacientes ancianos, con alto riesgo cardiovascular o mujeres postmenopausadas. Un aspecto que emerge de estos estudios es que si el umbral utilizado para establecer la presencia de microalbuminuria es de 30 mg/24 horas o su equivalente cociente albúmina/ creatinina >3.5, el umbral de riesgo cardiovascular es considerablemente inferior. Cual es el mejor umbral para ello deberá determinarse en futuros estudios.

La última de las características que debe cumplir todo objetivo intermedio es que su reducción se acompañe de una reducción del riesgo cardiovascular. Hasta el momento no se tenía ninguna información que con claridad demostrase este punto esencial, pero los datos que está ofreciendo el estudio LIFE nos proporcionan las primeras informaciones en este sentido. En

este estudio pacientes hipertensos con hipertrofia ventricular izquierda fueron tratados mediante esquemas basados en losartan o atenolol, y a lo largo de los años de seguimiento se realizaron medidas de EUA. De su análisis se pueden observar diversos puntos de gran interés: a) La reducción de EUA fue mayor en pacientes tratados con losartan que en aquellos tratados con atenolol para la misma reducción de los valores de presión arterial, indicando que el bloqueo del sistema renina-angiotensina ofrece una reducción adicional a la conseguida mediante la reducción de los valores de presión arterial, como ha sido también demostrado con irbesartan. b) La reducción inicial de la EUA se va perdiendo a lo largo del tiempo lo que indica que la protección alcanzada no es la más adecuada. c) La reducción de la EUA se acompaña de una disminución del riesgo cardiovascular, aspecto demostrado por vez primera.

En resumen, la microalbuminuria se ha demostrado en el paciente hipertenso como un marcador integrado de riesgo cardiovascular, con elevada prevalencia y de muy fácil determinación. Su seguimiento durante el tratamiento antihipertensivo puede ser una guía útil para comprobar si se están alcanzado los objetivos terapéuticos. Además, su bajo coste permite su realización a gran número de pacientes con una elevada coste-eficiencia. Aunque se precisan nuevos estudios, la actualmente disponible permite afirmar que la microalbuminuria es un objetivo intermedio en los pacientes hipertensos. ◀

La Diabetes Mellitus como proceso multidisciplinar

Manuel Serrano Ríos

*Catedrático y Jefe de Servicio de Medicina Interna II. Hospital Clínico San Carlos. Universidad Complutense. Madrid
Coordinador del Grupo de Trabajo de Obesidad-Diabetes tipo 2 de la SEMI*

Definición (ADA 2003-2004)

“La Diabetes Mellitus (DM) es un grupo de enfermedades metabólicas cuyo denominador común es la hiperglucemia provocada por una disminución en la secreción de insulina, de la acción de la insulina o de ambas. La hiperglucemia crónica en la DM se asocia a largo plazo con la disfunción y el fallo de varios órganos especialmente los ojos, riñones, nervios, corazón y grandes vasos”. Su etiopatogenia es multifactorial y poligénica resultante de complejas interacciones entre genes y factores ambientales. El término DM engloba, en todo caso, un conjunto heterogéneo de síndromes hiperglucémicos con características genofenotípicas diferentes como se describe más adelante.

Clasificación vigente desde el punto de vista etiológico:

- Diabetes mellitus tipo I. Generalmente con deficiencia absoluta de insulina por destrucción de células beta, con dos subtipos: 1- Autoinmune y 2- Idiopática.
- Diabetes mellitus tipo II. En la que los factores predominantes pueden ser: 1- La insulina resistencia. 2- Alteraciones en la secreción de insulina. 3- Ó ambas.
- Diabetes Mellitus gestacional.
- Otros tipos de Diabetes mellitus.

Epidemiología. Historia natural

La prevalencia general de DM tiene caracteres de Pandemia, su prevalencia estimada en casos conocidos en el mundo es de 130 millones en el año 2000 y una previsión de más de 250 (quizá 300) millones en el 2025 lo que en España representaría 3,5 - 4,5 millones de supuestos diabéticos y quizá más de un millón de ellos estrictamente insulino dependientes del tipo 1.

Su prevalencia en EE.UU. es del 6,6%, 10 millones de personas entre 20 y 74 años. Además se calcula que otros 5 millones no están diagnosticados y es probable un aumento hasta el 10% en la próxima década. En España la incidencia estimada de DM2 es de 8/1000/habitantes/año, con una prevalencia oscilante del 6 y el 10% y más del 40% de los afectados por DM desconocen su diagnóstico. La población total supera los 2 millones.

La historia natural de la DM2 (y de modo similar la DM tipo 1) es muy dinámica y transcurre por etapas, no necesariamente progresivas. Esta particular evolución explica que uno de cada dos diabéticos tipo 2 no se diagnostique durante 5 o hasta 10 años. De hecho en EE.UU., en otros países y en España, la proporción de DM tipo 2 conocida e ignorada o desconocida, oscila alrededor de 1. En España, el cociente DM ignorada a conocida oscila entre 3/3,1 en Aragón a 3,6/6,7 en Cataluña o de 1,7/3,9 en León. La prevalencia de complicaciones macro y microvasculares y neu-

ropatías en DM tipo 2 es precoz como mostró el estudio UKPDS: Retinopatía en 21%; Neuropatía 66%; Hipertensión arterial 65%; Enfermedad macrovascular (IAM) 34%; VPP (Claudicación intermitente) 37%.

La incidencia anual de complicaciones asociadas a diabetes en pacientes estadounidenses (NHANES UU) es: Cardiopatía isquémica 1,58%; Amputación 0,73%; Ictus 0,42%; Ceguera 0,11%; Insuficiencia renal 0,09%.

Este peculiar elevado riesgo de Enfermedad Vascul (aterogénica) en la DM2 es, en gran medida, justificada por la asociación habitual de este síndrome diabético con otras alteraciones metabólicas (obesidad, dislipidemia, hiperuricemia), no metabólicas (hipertensión arterial), alteraciones proinflamatorias (aumento de proteína C reactiva), así como estado protrombótico/hipofibrinolítico (ej. aumento del PAI-1) que multiplican el riesgo de Aterosclerosis y aceleran su desarrollo. Esta frecuente suma de asociaciones de alto riesgo C-V hacen que la DM2 sea algo más que un síndrome hiperglucémico para constituir un factor clave, junto a la obesidad visceral (su “peor y más frecuente mala compañera”) en la generación de Resistencia a la Insulina, vínculo común entre todos aquellos factores y marcadores fundamental de R-CV. A estas asociaciones de diverso “peso” en su riesgo C-V se les define con criterios variados (OMS, EGIR, ATPIII) como Síndrome plurimetabólico u otros “casi” sinónimos: Síndrome X, de Reaven, de Resistencia a la Insulina entre otros.

Recientemente en la Sociedad Española de Diabetes un grupo de expertos ha revisado críticamente esos conceptos y criterios básicos vigentes sobre la Resistencia a la Insulina y sus consecuencias (Medicina Clínica. Documento Octubre 2002).

Más recientemente P. Zimmet propone este algoritmo diagnóstico:

1 uno de estos criterios + 2 (como mínimo) de estos otros:

1 DM tipo d/TAG	2 Hipertensión arterial.
Resistencia a la + Insulina	Obesidad (sobre todo central)
	Hipertrigliceridemia y/o
	Disminución HDL-C.
	Microalbuminuria

Por el elevado riesgo de enfermedad Vascul que caracteriza a la DM, algunos autores han avanzado la peculiar definición de: “enfermedad hiperglucémica ocasional con predominio vascular”. Nosotros como internistas -reacción y acción- a la vista de la realidad clínica que contiene un riesgo potencial no sólo para el sistema cardiovascular sino para cualquier sistema u órgano: retina, piel, hígado, músculo y aparato digestivo entre muchos otros, optamos por considerarla “enfermedad auténticamente sistémica”; y así, hace años, recomen-

mos que “quién quiera aprender Medicina Interna preste atención muy especial al paciente con Diabetes Mellitus”. Llamada de atención que muchos años antes y en similar sentido proclamara el insigne Profesor Gregorio Marañón. Así, en referencia a la Insulinoterapia hace Marañón esta pregunta (1926): “¿Es un tratamiento de especialista?” Y contestaba: “El tratamiento por la insulina no debe ser considerado como privilegio de los especialistas si no que puede y debe entrar en el dominio de la práctica general, en incluso del medio rural”.

La realidad actual de la DM (sobre todo tipo 2) y su inseparable pareja, la Obesidad, con sus consecuencias múltiples metabólicas o no, hacen indispensable que su vasta heterogeneidad clínica sea obligadamente considerada desde la perspectiva general que caracteriza al médico generalista. Sin que esta afirmación signifique “acotar terreno alguno ni excluir a otros especialistas cualquiera que sea su titulación”. Generalistas y Endocrinólogos, en acción concertada con otros (educadores) juegan el papel básico en la responsabilidad de la Diabetes.

De algún modo, tendremos que combatir entre todos la ignorancia general sobre la diabetes como problema sanitario y la consiguiente indolencia (o a veces hasta indiferencia) con que se contemplan sus graves e invalidantes complicaciones. Esta ignorancia y/o indiferencia son tanto menos tolerables cuanto que hoy existen medidas para evitar o atenuar los devastadores efectos de la Diabetes Mellitus (Estudios DCCT, UKPDS, Kumamoto, otros).

Hay que especializar el cuidado del paciente diabético, del mismo modo que se hace con otros afectos de otras enfermedades crónicas, o que por su particular naturaleza (neoplasia) requieren un equipo sanitario con una dedicación y entrenamiento particulares.

Por todo ello es urgente, hasta dramáticamente urgente, que en España se cree, por fin, por las autoridades sanitarias un Plan Nacional para el diagnóstico y tratamiento del paciente diabético. No otro plan más, sino uno Global, factible, financiado y dirigido/realizado por quiénes (médicos, ATS, Educadores, Pacientes) están realmente capacitados por su entrenamiento y dedicación, experiencia contrastada en el manejo y tratamiento de la persona con Diabetes. Para prevenir, sobre todo, pero para aliviar o atenuar e incluso curar, como puede esperarse en un futuro y no utópico, de las nuevas estrategias farmacológicas (nuevos fármacos: GLP-1, extendina-4, omilina, etc.) o regenerativas (terapia génica, trasplante de islotes) de células productoras de Insulina. No hay ya más justificación para el “abandono” de las personas con diabetes ni para el pesimismo o la indiferencia.

Domingo 26 de septiembre

• **Plenary Session: Postgraduate training in Internal Medicine.** Pablo Ryan (Madrid, Spain), Christopher Davidson (Brighton, UK), Joseph Johnson III (Florida, USA), Rolf A. Streuli (Langenthal, Switzerland). Chairmen: Jaime Merino (Alicante, Spain), Ramón Pujol (Barcelona, Spain).

• **Update: Emergency and critical care.** Manuel Rojas (San José, Costa Rica), Guillermo Vázquez (Barcelona, Spain). Chairman: Charles R. K. Hind (Liverpool, UK).

• **Lecture: Results of Mexican Register of Acute Coronary Syndromes. Two Years of Recruitment, 2002-2003.** Eduardo Salazar (Mexico D.F.). Chairman: Gerardo Moreno Terribas (Granada, Spain).

• **Plenary Session: Hospital at home in Spain more than 10 years of experience.** Francisco Rosell (Barcelona, Spain), Miguel Ángel Goenaga (San Sebastian, Spain), Pedro Sanroma (Santander, Spain), Víctor González Ramallo (Madrid, Spain). Chairmen: M^a Dolores de Damborenea (Bilbao, Spain), Miguel Vilardell (Barcelona, Spain).

Lunes 27 de septiembre

• **Plenary Session: Medicine based evidences in stroke.** Jan Staessen (Leuven, Belgium), José Miguel Lainez (Valencia, Spain), Josep Redón (Valencia, Spain), Jordi Matias-Guiú (Alicante, Spain). Chairmen: Thomas Kjellström (Helsingborg, Sweden), Olga Vera (México D.F.).

• **Lecture: Change and progress in the pathogenesis and treatment of Crohn's disease.** Salvador Peña (Amsterdam, The Netherlands). Chairman: José Antonio Santos Calderón (León, Spain).

• **Plenary Session: Hypertension, new approaches to therapy.** Robert Fagard (Leuven, Belgium), Bernard Waeber (Lausanne, Switzerland), Eoin O'Brien (Dublin, Ireland), Luis Miguel Ruilope (Madrid, Spain). Chairmen: Blas Gil Extremera (Granada, Spain), Robert Fagard (Leuven, Belgium).

• **Plenary Session: Community-acquired pneumonia.** Emilio Bouza (Madrid, Spain), Jerónimo Pachón (Sevilla, Spain), Jordi Carratalá (Barcelona, Spain), Christopher Ohl (Detroit, USA). Chairmen: Francisco Gudiol (Barcelona, Spain), Ramón Pujol (Barcelona, Spain).

• **Update: Rheumatology.** José M^a Álvaro-Gracia (Madrid, Spain), Sara Walker (Missouri, Columbia). Chairman: Enrique Raya (Granada, Spain).

• **Update: Respiratory Disease.** José M. Marín (Zaragoza, Spain), Marc Miravittles (Barcelona, Spain). Chairman: Roberto Rodríguez Roisin (Barcelona, Spain).

• **Plenary Session: Chronic viral hepatitis: New trends in therapy.** José M^a Sánchez-Tapias (Barcelona, Spain), Patrick Marcellin (Clichy, France), Alfredo Alberti (Padova, Italy), José Ignacio Herrero (Pamplona, Spain). Chairman: Jesús Prieto (Pamplona, Spain), Cesar Rivera (Mexico, D.F., Mexico).

• **Lecture: Successful aging: Role of the internist.** William J. Hall (Rochester, NY, USA). Chairman: Daniel Sereni (Paris, France).

• **Lecture: Immune system activation in the pathogenesis of malignant tumor disease inflammation and reactive oxygen species.** Dietmar Fuchs (Innsbruck, Austria). Chairman: Antonio Díez Ruiz (Granada, Spain).

• **Satellite Symposium: Atherothrombosis: A major health burden.** Fernando Rodríguez-Artalejo (Madrid, Spain), José M^a Mostaza (Madrid, Spain), Paolo Greslele (Perugia, Italy). Chairmen: Arturo Fernández Cruz (Madrid, Spain), Juan Martínez López de Letona (Madrid, Spain).

Martes 28 de septiembre

• **Plenary Session: Management of cardiovascular risk factors.** Antonio Coca (Barcelona, Spain), Josep Redón (Valencia, Spain), Luis Miguel Ruilope (Madrid, Spain), Thomas C. Wascher (Graz, Austria). Chairmen: Juan García Puig (Madrid, Spain), Paolo Greslele (Perugia, Italy).

• **Plenary Session: Menopause and osteoporosis.** L. Joseph Melton III (Rochester, USA), Xavier Nogues (Barcelona, Spain), Manuel Sosa (Las Palmas de GC., Spain). Chairmen: Jesús González-Macias (Santander, Spain), José Manuel García-Verdugo (Málaga, Spain).

• **Plenary Session: Dual inhibition of the two sources of cholesterol: A new strategy for the dyslipemic patient control.** Luis A. Álvarez-Sala (Madrid, Spain), Erik Schaefer (Boston, USA), Peter Lansberg (Amsterdam, The Netherlands), José M^a Pascual (Valencia, Spain). Chairmen: Rafael Carmena (Valencia, Spain), Lluís Masana (Tarragona, Spain).

• **Plenary Session: New treatment perspective in erectile dysfunction: Making the best choice.** Antonio Martín Morales (Málaga, Spain), Erwin Bischoff (Wuppertal, Germany), Ian Eardley (Leeds, UK). Chairmen: Blas Gil Extremera (Granada, Spain), Antonio Martín Morales (Málaga, Spain).

• **Update: Hypertension and stroke.** Björh Dahlof (Göteborg, Sweden), Antonio Coca (Barcelona, Spain). Chairman: José Ramón González-Juanatey (Santiago de Compostela, Spain).

• **Lecture: The burden of diabetes in the world.** Pierre Lefebvre (Lieja, Belgium). Chairman: Manuel Castillo (Granada, Spain).

• **Plenary Session: Dementia. Diagnosis and treatment.** José Manuel Martínez Lage (Navarra, Spain), Antonio Huete (Granada, Spain), Jorge Cervilla (Granada, Spain), Jon Santamaría (Glasgow, UK). Chairmen: Javier García Monlleó (Granada, Spain), Jon Santamaría (Glasgow, UK).

• **Plenary Session: Clinical trials in cardiovascular system.** Cristina Avendaño (Madrid, Spain), Esteban López de Sá (Madrid, Spain), José Ramón González Juanatey (Santiago de Compostela, Spain), Luis Miguel Ruilope (Madrid, Spain), Luis Manzano (Madrid, Spain). Chairmen: Gonzalo Calvo (Barcelona, Spain), Eloy Pachó (Madrid, Spain).

• **Update: Erectile dysfunction in cardiovascular patients. A real problem?** Antonio López-Farré (Madrid, Spain), Ian Eardley (Leeds, UK). Chairman: Antonio Martín Morales (Málaga, Spain).

• **Update: Antiplatelet therapy.** Ginés Escolar (Barcelona, Spain), Riitta Lassila (Helsinki, Finland). Chairman: Luis Rico (Madrid, Spain).

• **Satellite Symposium: Fabry disease - A multi systemic challenge to the internist.** Miguel A. Barba (Albacete, Spain), Abelardo García de Lorenzo (Madrid, Spain), Urs Widmer (Zurich, Switzerland). Chairmen: Juan Andreu (Sevilla, Spain), Timothy Cox (Cambridge, UK).

Miércoles 29 de septiembre

• **Plenary Session: Immune-mediated inflammatory disorders and biological therapy.** Sara Marsal (Barcelona, Spain), Joaquín Hinojosa del Val (Valencia, Spain), Jordi Gratacós (Barcelona, Spain), Bruce Kirkham (London, UK). Chairmen: Melchor Álvarez de Mon Soto (Madrid, Spain), Armando Laffon (Madrid, Spain).

• **Plenary Session: Confusional acute syndrome in elderly inpatients. Diagnosis and prevention.** Albert Selva (Barcelona, Spain), Domingo Ruiz (Barcelona, Spain), Alfonso Cruz-Jentoft (Madrid, Spain). Chairmen: Antonio San José (Barcelona, Spain), Enrique Sánchez Delgado (Managua, Nicaragua).

• **Lecture: Code of practice for the promotion of medicines. The breakthrough of the Spanish experience.** José Zamarrigo (Madrid, Spain). Chairman: Blas Gil Extremera (Granada, Spain).

• **Plenary Session: Hypertension in the elderly.** Jan A. Staessen (Leuven, Belgium), Chris Bulpitt (London, UK), Alex Roca-Cusachs (Barcelona, Spain), Blas Gil Extremera (Granada, Spain). Chairmen: José Abellán (Murcia, Spain), Karel Horky (Prague, Czech Republic).

• **Plenary Session: The metabolic syndrome.** Manuel Serrano-Rios (Madrid, Spain), Stefano del Prato (Pisa, Italy), Lluís Masana (Tarragona, Spain), Jaime Davidson (Dallas, USA). Chairmen: Manuel Serrano-Rios (Madrid, Spain), Jaime Merino (Alicante, Spain).

• **Plenary Session: Treatment of obesity.** Jesús Millán (Madrid, Spain), Manuel Castillo (Granada, Spain), Wilhelmine Wiese (Detroit, USA), André Scheen (Lieja, Belgium). Chairmen: José Luis Akaki (México DF), Mario Foz (Barcelona, Spain).

• **Plenary Session: The global impact of congestive heart failure.** Christopher Davidson (Brighton, UK), Vicente Bertomeu (Alicante, Spain), Jordi

Casademont (Barcelona, Spain), José Luis López-Sendón (Madrid, Spain). Chairmen: Pedro Conthe (Madrid, Spain), Christopher Davidson (Brighton, UK).

• **Update: Cardiovascular risk management.** Juan García Puig (Madrid, Spain), Antonio Coca (Barcelona, Spain). Chairman: Juan José Linares (Granada, Spain).

• **Lecture: The USA experience with west Nile virus.** Joseph E. Johnson III (Florida, USA). Chairman: Jaime Guardia (Barcelona, Spain).

Jueves 30 de septiembre

• **Plenary Session: From guidelines to day-to-day Clinical Practice.** Francisco Javier Medrano (Sevilla, Spain), Jaume Marrugat (Barcelona, Spain), José Luis López-Sendón (Madrid, Spain), Marteen Simoons (Rotterdam, The Netherlands). Chairmen: M^a Angeles Alonso (Madrid, Spain), Napier Thomson (Prahram, Australia).

• **Plenary Session: New trends in electronic patient record. The IT health experience.** Andrés de la Peña (Palma de Mallorca, Spain), Mario Huygues (Limonest, France), Carlos Dolz (Palma de Mallorca, Spain), René Coffeng (Helsinki, Finland). Chairmen: Juan Buades (Palma de Mallorca, Spain), Miguel Cabrer (P. de Mallorca, Spain).

• **Lecture: Homocysteine as a cardiovascular risk factor.** Klaus Pistrzik (Bonn, Germany). Chairman: Manuel Castillo (Granada, Spain).

• **Plenary Session: Antiarrhythmic therapy drugs devices and ablation.** Lluís Mont (Barcelona, Spain), Juan Tamargo (Madrid, Spain), Robert G. Tieleman (Maastricht, Holland), Gabriele Vicedomini (Milano, Italy). Chairmen: Lluís Mont (Barcelona, Spain), Rolf A. Streuli (Langenthal, Switzerland).

• **Plenary Session: Vascular diseases of the extremities.** Ángel Gil Hernández (Granada, Spain), Parveen Yakoob (Reading, UK), Eduardo Ros (Granada, Spain), Vicente Rimbau (Barcelona, Spain). Chairmen: Ricardo Uauy (London, UK), Ángel Gil Hernández (Granada, Spain).

• **Lecture: Use of stem cells in the treatment of clinical diseases.** Bernat Soria (Alicante, Spain). Chairman: Javier García Monlleó (Granada, Spain).

• **Plenary Session: COPD: Role of the infection & management of acute exacerbation.** W. Wedzicha (London, UK), G. C. Schito (Genova, Italy), Marc Miravittles (Barcelona, Spain), Antoni Torres (Barcelona, Spain). Chairmen: Alvar Agustí (Palma de Mallorca, Spain), José Luis Álvarez-Sala (Madrid, Spain).

• **Plenary Session: Pulmonary tromboembolism. News trends of management.** Menno Huisman (Leiden, The Netherlands), Manuel Monreal (Barcelona, Spain), Juan Ignacio Arcelus (Granada, Spain), Job Harenberg (Mannheim, Germany). Chairmen: Harry Büller (Amsterdam, The Netherlands), Manuel Monreal (Barcelona, Spain).

• **Update: Nutrition.** Ricardo Uauy (London, UK), Lluís Serra (Las Palmas de Gran Canaria, Spain). Chairman: Ángel Gil Hernández (Granada, Spain).

Viernes 1 de octubre

• **Plenary Session: Gastroesophageal reflux disease.** Faust Feu (Barcelona, Spain), Fermin Mearin (Barcelona, Spain), Angel Lanas (Zaragoza, Spain), Enrique Domínguez (Santiago de Compostela, Spain). Chairman: Antonio Caballero (Granada, Spain), Bart Keymeulent (Brussels, Belgium).

• **Plenary Session: Patient safety and real teams: Quality in clinical practice.** Charles Vincent (London, UK), Allan Frankel (Boston, USA), John Noble (Boston, USA). Chairman: Thomas Kjellström (Helsingborg, Sweden), John Noble (Boston, USA).

• **Plenary Session: What about diabetes mellitus?.** Hector Marcano (Caracas, Venezuela), José Luis Medina (Oporto, Portugal), José Luis Palma Gámiz (Madrid, Spain), Manuel Serrano Rios (Madrid, Spain). Chairman: Pedro Cia (Zaragoza, Spain), Javier García-Alegria (Málaga, Spain).

• **Closure Lecture: Atherosclerosis an autoimmune disease.** Yehuta Shoenfeld (Tel Aviv, Israel). Chairman: Ángel Sánchez (Madrid, Spain).

Asamblea General de la Sociedad Española de Medicina Interna. 13:00 h. Sala Picasso, 2^a pl.

Por cortesía de:



Bristol-Myers Squibb

PERIODICIDAD: Cuatrimestral

FECHAS DE EDICIÓN: Enero, Mayo y Octubre

TIRADA: 5.000 Ejemplares

DISTRIBUCIÓN A ASOCIADOS A SEMI: Red de ventas de Bristol - Myers Squibb

PETICIÓN DE NÚMEROS ATRASADOS: Al delegado de visita médica de BMS