

Disponible en Web <http://www.lomejordelagastronomia.cfimasom//deconstrucci%C3%B3n-construccionismo-y-reconstructivismo>.

5. Montes A, Medina MT, Navarro N, Galindo P, Bustos M, Bravo J, Lardelli P, Osuna A, Asensio C, del Moral RG. Elective steroid treatment versus OKT-3 therapy in patients with renal graft-rejection. *Kidney Int.* 1992;42, 223-223.
6. Mauiyyedi S, Crespo M, Collins AB, Schneeberger EE, Pascual MA, Saidman SL, Tolkoff-Rubin NE, Williams WW, Delmonico FL, Cosimi AB, Colvin RB. Acute humoral rejection in kidney transplantation: II Morphology, immunopathology, and pathologic classification. *J Am Soc Nephrol.* 2002;13:779-87.
7. García del Moral R. La abstracción culinaria (primera parte). Lo Mejor de la Gastronomía Noviembre de. 2007. Disponible en Web <http://www.lomejordelagastronomia.com/firmas/el-cuarto-paradigma-gastronomico-la-abstraccion-culinaria-primera-parte>.
8. García del Moral R. La abstracción culinaria (segunda parte). Lo Mejor de la Gastronomía Enero de. 2008. Disponible en Web <http://www.lomejordelagastronomia.com/firmas/el-cuarto-paradigma-gastronomico-la-abstraccion-culinaria-segunda-parte>.
9. Sis B, Mengel M, Haas M, Colvin RB, Halloran PF, Racusen LC, Solez K, Baldwin WM 3rd, Bracamonte ER, Broecker V, Cosio F, Demetris AJ, Drachenberg C, Einecke G, Gloor J, Grotz D, Kraus E, Legendre C, Liapis H, Mannon RB, Nankivell BJ, Nijkeleit V, Papadimitriou JC, Randhawa P, Regele H, Renaudin K, Rodriguez ER, Seron D, Seshan S, Suthanthiran M, Wasowska BA, Zachary A, Zeevi A. Banff'09 meeting report: antibody mediated graft deterioration and implementation of Banff working groups. *Am J Transplant.* 2010;10(3):464-71.
10. Moreso F, Serón D, Vitriá J, Grinyó JM, Colomé-Serra FM, Parés N, Serra J. Quantification of interstitial chronic renal damage by means of texture analysis. *Kidney Int.* 1994;46:1721-7.
11. Masseroli M, O'Valle F, Andújar M, Ramírez C, Gómez-Morales M, de Dios Luna J, Aguilar M, Aguilar D, Rodríguez-Puyol M, Del Moral RG. Design and validation of a new image analysis method for automatic quantification of interstitial fibrosis and glomerular morphometry. *Lab Invest.* 1998;78:511-22.
12. Perkins D, Verma M, Park KJ. Advances of genomic science and systems biology in renal transplantation: a review. *Semin Immunopathol.* 2011;33:211-8.

doi:10.1016/j.dialis.2011.09.010

91.10

Hipertensión arterial. Una visión integrada[☆]

Hypertension. An integrated view

Blas Gil-Extremera

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario "San Cecilio", Granada, España

Correo electrónico: blasgil@ugr.es.

Al inicio del siglo XIX la estructura celular del cuerpo humano era bastante conocida, gracias, entre otros, a los avances de la microscopía óptica destacando en este punto la figura de Santiago Ramón y Cajal. En Francia el nombre más señero pertenece a Claude Bernard (1813-1878). En su obra maestra *Introducción a la medicina experimental*

(1865) mostraba su línea de pensamiento: "el progreso de la medicina debe basarse en la fisiología experimental". El siglo XX ha sido pródigo en avances médicos. El progreso se ha reforzado gracias a la comunicación y la difusión del conocimiento: publicaciones, conferencias, congresos, simposios, medios informáticos, computadoras y la reciente aportación de la electrónica. En la primera mitad del siglo se hizo énfasis en las infecciones, la embriología y la nutrición. Pasada la *Segunda Gran Guerra* vieron la luz los avances en la biología celular, la bioquímica y la fisiología, que permitieron medios diagnósticos más precisos, terapéuticas más eficaces y la irrupción de procedimientos no invasivos capaces de "ver" la intimidad de los órganos (ultrasonidos, tomografía axial computarizada y la resonancia magnética nuclear, entre otros).

El internista inició su proyección clínica a finales del XIX y surgía por la necesidad planteada de comprender al enfermo como un todo; aunque el especialista posee la solución a numerosas situaciones específicas y concretas, es el internista el más idóneo para entender integralmente la patología evitando la atomización, y el babelismo de saberes; porque los procesos no son, genuinamente "puros", entendiendo así la afectación exclusiva de sólo un órgano o aparato.

William Osler aparentemente tomó prestado el término "medicina interna" de los alemanes, que comenzaron a usarlo en 1880; *Innere*, en la *Innere Medizin* alemana se dice que fue empleado para corregir la concepción errónea de que estos médicos sólo consideraban los aspectos clínicos. El término "interna" en "medicina interna" no se referiría al interior del cuerpo humano, como normalmente se pensaba, sino más bien a un concepto que provenía de la ciencia experimental. En otras palabras, la medicina interna significaba ir a la base esencial de los signos y síntomas de la enfermedad, usando métodos experimentales más que consideraciones dogmáticas o empíricas.

Los *orígenes y desarrollo* de la medicina interna española ha sido la consecuencia natural de la evolución y crecimiento de la medicina interna en los principales países occidentales. Los internistas españoles -que venían demostrando probidad y eficacia desde tiempo atrás- se incorporaban, con cierto retraso, explicable por las heridas del fratricida conflicto nacional, a la medicina en Europa. La década de los cincuenta fue una etapa fructífera en España en los campos científico, cultural, artístico, deportivo y de creciente relación con los países de nuestro entorno.

En la *década de los setenta* la medicina interna vivió momentos de zozobra por el confusionismo creado por la irrupción de las especialidades médicas nacidas, a su vez del tronco común de la medicina interna. Se produjo una "fuga" de internistas hacia las nuevas disciplinas, así como un *descrescendo* de recursos personales y materiales. Precisamente, el profesor Jiménez Díaz había fomentado el desarrollo de las especialidades, pero sin por ello relegar a la medicina interna a un plano secundario.

Este preámbulo sigue para comprender mejor la "visión integrada" de la medicina, por ejemplo, en el alambicado mundo de la hipertensión arterial; una patología que se enmarca en el plano cronológico y clínico en el otoño del siglo XIX.

[☆] Presentado XXXIII Congreso Anual de la SEDYT. Granada, 13 de mayo de 2011.

Tabla 5 Algunas efemérides sobre la hipertensión arterial

Año	Autor	Asunto
1922	Labbé	Hipertensión paroxística por tumor adrenal
1926	MacKenzie	Hipertensión: un proceso inclasificable
1927	Horace Mayo	Tumor retroperitoneal
1929	Pincoff	Cirugía de un feocromocitoma
1936	Vaquez	La presión normal y patológica
1955	Pickering	El concepto de hipertensión arterial

De los hechos históricos cabe recordar en 1836 a Richard Brights (1789-1858) considerado uno de los “padres” de la nefrología al publicar una brillante casuística, sobre pacientes atendidos por él (*Reports of Medical Cases*) que presentaban edemas y proteinuria, datos que sirvieron para designar a la patología que lleva su nombre como: nefritis o *enfermedad de Bright*. En 1898 se descubrió el sistema renina-angiotensina; Pick en 1912 aportaba un tumor de médula adrenal (feocromocitoma); y, otras enfermedades que se expresan en la *tablas 5 and 6*.

El *origen o etiología* de la hipertensión es un laberinto –que la concisión del texto impide desarrollar–, dado que conviven teorías complementarias y opuestas; ¿es un trastorno químico?, ¿la hipertensión, es un síntoma, un signo, síndrome o una enfermedad?; más bien puede hablarse de una patología holística. Son estas algunas de las circunstancias que explican la dificultad terapéutica de alcanzar en los pacientes el objetivo deseable: PA: $\leq 130/80$ mmHg.

En el tratamiento se consideran, *grosso modo*, cuatro periodos: a) “*Prehistoria*”, ausencia de metodología, de eficacia y de objetivos; b) *Edad Media*, primeras victorias, papel de la cirugía; c) *Renacimiento*, los fármacos sustituyen a la cirugía; y, d) *Época actual*, nuevas moléculas, tratamiento individualizado, investigación, y ensayos clínicos, entre otros aspectos.

Por otro lado, el futuro plantea numerosas interrogantes: a) ¿la enfermedad es única o múltiple?; b) papel de los estudios genéticos, c) el diagnóstico precoz, d) la búsqueda de moléculas más eficaces y mejor toleradas, e) diagnóstico y terapéutica individualizados.

En suma, son muchas las incógnitas pendientes de resolver en el futuro inmediato, pues, lo conocido actualmente sobre la hipertensión como sobre otras patologías es a todas luces insuficiente¹⁻³.

Tabla 6 Algunas sociedades científicas sobre la hipertensión arterial

Sociedad Internacional de Hipertensión (<i>International Society of Hypertension</i>)
Sociedad Americana de Hipertensión (<i>American Society of Hypertension</i>)
Sociedad Europea de Hipertensión (<i>European Society of Hypertension</i>)
Sociedad Española de Hipertensión y Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión
Instituto Nacional del Corazón (EE.UU) (<i>National Heart Institute, USA</i>)

Bibliografía

1. Gil Extremera B. Historia de la Medicina Interna. Edit. Universidad de Granada; 2009.
2. Gil Extremera B. La Medicina, pasado y presente. Edit. Alhulia, Granada; 2010.
3. Gil Extremera B. Factores de riesgo cardiovascular. Rev Clin Esp (Mad). 2002;2(1-56), 202, número extraordinario.

doi:10.1016/j.dialis.2011.09.011

91.11

De la Atención Primaria del Nefrólogo Consultor al Servicio de Nefrología hospitalario. Nuestra Experiencia[☆]

Primary Care Consultant Nephrologist at Nephrology Hospital. Our Experience

José Carlos Rodríguez-Pérez*, Gloria Antón-Pérez, Raquel Santana-Estupiñán, Nery Sablón-García, Elena Oliva-Dámaso

Servicio de Nefrología Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria

Correo electrónico: jrodperd@gobiernodecanarias.org (J.C. Rodríguez-Pérez).

Una elevada prevalencia de ERC, HTA y Nefropatía Diabética (ND) obliga a un planteamiento de coordinación entre los dispositivos de la sanidad pública, atención primaria y atención especializada, para dar una respuesta razonable a esta necesidad asistencial. Al respecto, el posicionamiento de la Sociedad Española de Nefrología (SEN) ha sido desde siempre concienciar y proponer dicha coordinación¹⁻³. Unas veces, estas actuaciones son o han sido de protocolos conjuntos, y otras, las menos, una interrelación estrecha entre atención primaria y nefrología. Ello ha supuesto en nuestro caso al menos, un impacto en listas de espera para consultas, en formación y en adecuación de la atención al paciente nefrológico todavía no medido y en coste-beneficio, en suma y así lo creemos, de gran repercusión en nuestro Sistema de Salud⁴.

El establecimiento de clasificaciones en los últimos años de la ERC (KDOQI/KDIGO) basadas en estimaciones del filtrado glomerular, que aunque beneficioso para establecer

[☆] Presentado XXXIII Congreso Anual de la SEDYT. Granada, 13 de mayo de 2011.

* Autor para correspondencia.