

**INVESTIGACION PEDAGOGICA****Consideraciones críticas acerca del programa tradicional de la asignatura Medicina Interna.****Critical considerations on the traditional syllabus of the subject Internal Medicine.**

Dr. C Ángel Julio Romero Cabrera.

*Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Especialista de II Grado en Gerontología y Geriátrica. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar. Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.*

*First Professional Degree in Medical Sciences. Terminal Academic Degree in Internal Medicine. Terminal Academic Degree in Geriatrics and Gerontology. Auxiliary Professor. General University Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.*

**RESUMEN**

La medicina interna es una especialidad de perfil amplio que desde sus orígenes ha mantenido y realizado los mejores atributos de la clínica. El programa de la asignatura Medicina Interna por el cual se rige actualmente la Cátedra de Clínica Médica (Programa tradicional) data del año 1989 y, aunque puede tener invariantes en el método y los objetivos, durante este largo período de tiempo muchas cosas han cambiado y es necesario realizar modificaciones, fundamentalmente en su contenido. Se impone, por tanto, una modernización del programa que, sin modificar su misión fundamental de formación del médico general integral básico con proyección humanística y social, se ajuste a los requerimientos y acontecimientos anteriormente enumerados. En ese sentido se realizó este trabajo con el objetivo de analizar de manera crítica aspectos que, por lógica, no pueden ser olvidados, si no se quiere poner freno al desarrollo de una asignatura que emana de una especialidad básica e integradora como es la medicina interna.

**Palabras clave:** Enseñanza; programas de estudio;

medicina clínica; medicina interna

**Límites:** Humanos; adulto

**ABSTRACT**

Internal Medicine is a specialty of wide profile which has always supported the best qualities of clinics. The syllabus of this subject, which rules the Chair of Medical Clinics (traditional syllabus) dates back to 1989 and, even when there could be some invariants regarding methods and objectives, many things have also changed in these years and it is important to perform modifications, particularly in its content. Thus, it is necessary to update the syllabus to adequate it to the requirements and events above mentioned, without transforming its core mission of educating a general comprehensive doctor with humanistic and social scope. The objective of this article was to critically analyze some aspects that can not be omitted if we want to foster a subject based in a comprehensive specialty as Internal Medicine.

**Key words:** Teaching; programs of study; clinical medicine; internal medicine

**Limits:** Humans; adult

**Recibido:** 2 de agosto de 2009

**Aprobado:** 21 de agosto de 2009

**Correspondencia:**

Dr. C. Ángel Julio Romero Cabrera.

Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

Calle 51 A y Ave 5 de Septiembre.

Cienfuegos. CP: 45 100

**Dirección electrónica:** [jromero@gal.sld.cu](mailto:jromero@gal.sld.cu)

## INTRODUCCIÓN

El mundo actual enfrenta un desarrollo vertiginoso del conocimiento y muchos de los existentes se tornan obsoletos a una gran velocidad. Esta situación plantea un reto a la universidad médica, que debe responder a los cambios operados en el entorno social. Ello implica la necesidad de formar un médico de perfil amplio con un dominio profundo de los elementos básicos y esenciales de la profesión, capaz simultáneamente de resolver en la base, de modo activo, independiente y creador, los problemas de salud más generales que se le presentan. (1, 2)

La medicina interna es una especialidad de perfil amplio que ha sido catalogada por el *American College of Physicians* como la "medicina de los adultos". (3) Desde sus orígenes ha mantenido y realzado los mejores atributos de la clínica: la relación médico – paciente exquisita, la historia clínica detallada, la semiología, el empleo inexorable del método clínico, los pases de visita "académicos", las clases magistrales y las discusiones diagnósticas profundas en todas sus variantes (discusión de casos, clínico-patológica, clínico-radiológica, piezas frescas). (4, 5)

El programa de la asignatura Medicina Interna por el se rige actualmente la Cátedra de Clínica Médica (Programa tradicional) data del año 1989, es decir, su edad cronológica es de 19 años y, aunque puede tener invariantes en el método y los objetivos, durante ese largo período de tiempo muchas cosas han cambiado y, por ende, es necesario realizar modificaciones, fundamentalmente en su contenido.

El marco de la práctica clínica en nuestros días a nivel mundial es diferente al de hace 20 años y se enumeran diversos factores (en un listado que crece por día (3)) entre los que se encuentran:

- La transición demográfica y el envejecimiento poblacional creciente.
- La alta prevalencia de factores de riesgo para la salud que conduce al enfoque multirriesgo de los problemas de salud, sobre todo en las enfermedades crónicas.
- Las enfermedades emergentes y reemergentes.
- La revolución científico técnica con sus avances, que ha llevado al mundo médico al desprecio del método clínico y a confiar más en las seductoras tecnologías y terapéuticas. (6)
- El deterioro de la relación médico-paciente, que es y seguirá siendo el aspecto más sensible y humano de la medicina. (7)
- El avance de la informática y las comunicaciones que convierten en abrumadora la avalancha de información médica.
- El surgimiento de la medicina basada en evidencias y la proliferación de las Guías de Buenas Prácticas Clínicas.

Se impone, por tanto, una modernización del Programa que, sin modificar su misión fundamental de formación del médico general integral básico con proyección humanística y social, se ajuste a los requerimientos y acontecimientos anteriormente enumerados.

El objetivo de nuestra crítica se basará por tanto en tratar de incluir estos aspectos que, por lógica, no pueden ser olvidados, si no se quiere poner freno al desarrollo de una asignatura que emana de una especialidad básica e integradora como es la medicina interna.

## ESTRUCTURA DEL PROGRAMA VIGENTE:

El Programa de preparación de la asignatura Medicina Interna (8) se inserta en el sexto semestre (tercer año) de la carrera de Medicina y comprende 10 temas a impartir en 20 semanas, que incluyen 74 de los 285 problemas a resolver por el médico general integral básico (25,9 %). (9)

Los objetivos generales del programa comprenden 12 objetivos educativos dirigidos a desarrollar en los estudiantes valores (o virtudes), modos de actuación y convicciones que le permitirán desempeñar su labor social y humana una vez graduados y 10 objetivos instructivos que se encaminan al dominio del método clínico como herramienta fundamental para el diagnóstico y la toma de decisiones médicas para la solución de los principales problemas de salud de las personas adultas.

Los 10 temas se refieren a los aspectos principales del proceso salud-enfermedad (preventivo-curativo-rehabilitador, diagnóstico-terapéutico) divididos por aparatos y sistemas: agentes físicos y químicos, infeccioso, sistema nervioso, aparato respiratorio, cardiovascular, renal e hidroelectrolítico, digestivo, endocrino-metabolismo-nutrición, hemolinfopoyético y articular. Cada tema tiene orientaciones metodológicas, objetivos, contenidos, formas de enseñanza a desarrollar y distribución del tiempo.

Las orientaciones metodológicas son lineamientos generales dirigidos a la Cátedra y los profesores para conducir el proceso docente de forma homogénea, de tal manera que al final del curso, todos los grupos (o brigadas) de alumnos hayan adquirido similares conocimientos, hábitos y habilidades.

Los objetivos de cada uno de los temas constituyen los elementos rectores del proceso y deben corresponderse con los resultados de la evaluación final de conocimientos y desempeño de los estudiantes; comprenden, de forma general, que estos sean capaces de desarrollar los siguientes aspectos de cada aparato y sistema:

- Recoger los síntomas y signos (habilidades en la obtención de la historia clínica)
- Indicar con racionalidad e interpretar los exámenes complementarios.
- Aplicar medidas higiénico – sanitarias, de promoción

y de prevención de salud.

- Aplicar medidas terapéuticas.
- Orientar medidas de rehabilitación.
- Emitir juicios pronósticos.
- Emitir documentos médico – legales.

Los contenidos comprenden las principales entidades nosológicas o problemas de salud de cada aparato o sistema insistiendo, en unos más que en otros, en los siguientes aspectos: Concepto, clasificación, etiología, epidemiología, patogenia, manifestaciones clínicas,

exámenes complementarios, diagnóstico positivo y diferencial, prevención, evolución y pronóstico, tratamiento y rehabilitación.

Las entidades y aspectos incluidos en el contenido son los más proclives a variar o modificar en el Programa, en dependencia del perfil epidemiológico del país en un momento dado o de la procedencia de los estudiantes a los que está dirigido (cubanos o extranjeros).

La siguiente tabla resume las formas de enseñanza y la distribución del tiempo para desarrollar el Programa.

Forma de enseñanza	Duración	Frecuencia	No. actividades	Total de horas
<b>Conferencia</b>	1 h	Variable	36	36
<b>Seminario problema</b>	2 h	Semanal	19	38
<b>Educación en el trabajo</b>	27 h (semanal)	Diaria (4 h)	—	520
<b>Clínico Patológica</b>	2 h	Variable	6	12
<b>Clínico Epidemiológica</b>	2 h	Variable	4	8
<b>Trabajo independiente</b>	6 h	Semanal	—	114
<b>Consulta docente</b>	1 h	Semanal	20	20

**Total de horas = 748**

### CRÍTICA AL PROGRAMA Y PROPUESTA DE MODIFICACIONES

El envejecimiento demográfico es un fenómeno que ocurre en todos los países en mayor o menor grado, lo que provoca un incremento en el número y proporción de las personas ancianas. En el año 1975 había en el mundo 350 millones de personas mayores de 60 años y más, esta cifra aumentó a 600 millones en el año 2000 y casi se volverá a duplicar en el 2025 cuando habrá 1 100 millones.<sup>(10)</sup> Cuba es hoy un país envejecido con un 16 % de personas de 60 años y más en el total de su población. Para el año 2025, la cuarta parte de la población cubana será de adultos mayores.<sup>(11)</sup>

El diagnóstico de las enfermedades en los ancianos es más difícil y las decisiones terapéuticas requieren un especial cuidado en virtud de una clínica diferente o especial, manifestada en estas personas por los siguientes aspectos peculiares:

- Presentaciones atípicas o inusuales<sup>(12-15)</sup>: infecciones sin fiebre, infarto cardiaco sin dolor, insuficiencia cardiaca sin disnea, etc.
- Confusión de los cambios propios del envejecimiento y la fragilidad con enfermedades como hipofunción tiroidea,<sup>(16)</sup> parkinsonismo, etc.
- Coexistencia de varias enfermedades crónicas en un mismo adulto mayor (polimorbilidad), que imbrican sus síntomas y signos, y la influencia de unos procesos en otros ya sea atenuando su expresión

clínica o exacerbándola.<sup>(17, 18)</sup>

- La presentación de los síndromes geriátricos, muy raros a otras edades, como: la inmovilización, las caídas, la incontinencia de esfínteres y el fallo mental.<sup>(19)</sup>
- La relación médico paciente cobra especial importancia en la atención clínica de los ancianos, por sus complejos problemas biomédicos, psicológicos, socioeconómicos y funcionales que necesitan ser escuchados y solventados.
- Dificultades en la obtención de la historia clínica,<sup>(20)</sup> aspecto que se hace más laborioso y demorado por problemas de comunicación, trastornos de memoria, cambios anatomofisiológicos que dificultan el examen físico y la necesidad de detectar problemas ocultos, frecuentemente soslayados por el anciano, por sus familiares y por el médico poco entrenado en detectarlos.<sup>(21)</sup>
- Alteraciones farmacocinéticas y farmacodinámicas propias de los adultos mayores que hacen que su desconocimiento provoque una inapropiada prescripción y abuso de medicamentos que incrementan la presentación de reacciones adversas y disminuyen la calidad de vida de estas personas.<sup>(22, 23)</sup>

Los argumentos para que el alumno de pregrado aprenda geriatría son incuestionables y se basan, como ya apuntábamos, en dos pilares fundamentales: la realidad sociodemográfica y la especificidad de la

materia objeto de estudio. Los ancianos son los principales usuarios de los hospitales y centros de salud, los que tienen estancias hospitalarias más prolongadas, altas más difíciles, mayor número de reingresos y los consumidores de fármacos por excelencia: Se sabe que en atención primaria el anciano supone el 60 % del tiempo del médico y que cualquier especialidad clínica, médica o quirúrgica tiene una proporción altísima de pacientes ancianos.<sup>(24,25)</sup> De todo esto se desprende que el médico general integral básico que formamos hoy (y también el del futuro) necesariamente atenderá muchas personas ancianas con las peculiaridades clínicas antes mencionadas, aspectos de la atención médica que no están contemplados de ningún modo en el Programa de la asignatura Medicina Interna que, como decíamos al principio, es la medicina de los adultos e incluye, por tanto, a los adultos mayores.

Se propone lo siguiente:

1. Modificar el objetivo general instructivo del programa que dice: "Dominar a nivel de aplicación el método clínico en el manejo de los casos sometidos a su atención", añadiéndole: "...incluyendo la evaluación geriátrica integral como modalidad de este".
2. Ofrecer una estancia de 2 semanas como tiempo electivo en la especialidad de geriatría sobre el tema: Atención al adulto mayor, para lo cual se propone el programa que se muestra al final de este listado. (Anexo 1).
3. Incluir las peculiaridades de diagnóstico y tratamiento para las personas ancianas en aquellas entidades clínicas que aparecen en el contenido del programa de la asignatura, como son: meningoencefalitis, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad de Parkinson, neumonía, tuberculosis pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, úlcera péptica, diabetes mellitus, hiper e hipotiroidismo.
4. Agregar en el contenido del tema 2 sobre enfermedades infecciosas y parasitarias la entidad leptospirosis, teniendo en cuenta que es enfermedad frecuente en nuestro medio, sobre todo en zonas rurales, y que su diagnóstico temprano y tratamiento oportuno son decisivos en el pronóstico y descansan fundamentalmente en el médico general integral básico en la atención primaria de salud. El contenido que se propone para esta entidad es el siguiente: Concepto. Etiología. Epidemiología. Cuadro clínico. Diagnóstico. Prevención y medidas de control. Tratamiento.
5. En este mismo tema no se incluyen en el contenido enfermedades emergentes y reemergentes que deben ser de conocimiento del médico general básico, primero para su reconocimiento rápido si entran al país, segundo por su participación en múltiples escenarios mundiales donde estas enfermedades son endémicas o epidémicas. También se debe tener en cuenta la gran cantidad de estudiantes de otros países que se forman como médicos en Cuba, los cuales, con seguridad, van a tener que atender pacientes con estas dolencias. Estas son: cólera, fiebre amarilla, fiebres hemorrágicas, rabia, tripanosomiasis (americana, africana). Se propone su inclusión con el siguiente contenido: Concepto. Etiología. Cuadro clínico. Diagnóstico. Tratamiento.
6. El dengue, tanto clásico como hemorrágico, se ha convertido en una enfermedad endémica en el área de América Latina y el Caribe, así como en nuestro país, donde hemos sido afectados por varios brotes epidémicos. El programa de la asignatura, si bien lo contempla en el contenido, no le da el peso necesario en sus formas organizativas docentes, ya que prácticamente se deja para el estudio independiente. Se propone que en la semana 4, donde no está programada ninguna conferencia de medicina interna, se incluya una sobre dengue, adoptando el siguiente sumario de acuerdo al contenido que se presenta en el programa: Definición. Etiología. Epidemiología. Manifestaciones clínicas. Dengue hemorrágico. Diagnóstico. Complicaciones. Tratamiento. Prevención.
7. Agregar en el contenido del tema 3 sobre enfermedades del sistema nervioso, el fallo mental (deterioro cognitivo) en sus dos variantes comunes: el delirium (síndrome confusional) y la demencia (síndrome demencial) abordando: Concepto. Clasificación. Etiología. Presentación clínica. Conducta a seguir. Tratamiento.
8. En este mismo tema se da más importancia a las cefaleas, para las cuales hay programada una conferencia en la semana 5, que a las enfermedades cerebro vasculares (ECV), tercera causa de muerte en nuestro país y una de las principales causas de discapacidad y que el médico general básico enfrentará desde su inicio hasta sus secuelas y rehabilitación. Por otra parte, después de la conferencia ya mencionada de cefalea, se ofrece en la siguiente actividad una sobre ECV pero de imaginología. ¿Es coherente mostrar las imágenes de este grupo de afecciones antes de orientar el estudio de la clínica florida que tienen? Entonces, es lógico proponer la siguiente modificación: Impartir una conferencia de Medicina Interna sobre enfermedades cerebrovasculares en la semana 5 y trasladar la de cefaleas para la semana 6, donde no está programada conferencia de esta asignatura.
9. En el tema 4 sobre enfermedades del aparato respiratorio sustituir el contenido 3, referido a síndrome de insuficiencia respiratoria crónica (ya contemplado en el programa de la asignatura Propedéutica Clínica) por el de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Esta entidad es de particular

importancia por su alta prevalencia (entre un 9 – 10 % de personas de 40 a 70 años) en países con alto consumo de tabaco como el Reino Unido <sup>(26)</sup>, España <sup>(27)</sup> y Cuba <sup>(28)</sup>. En nuestro país la mortalidad por este grupo de afecciones ocupa el cuarto lugar en edades de 55-64 años con una tasa de 79,4 x 100 000 habitantes y el quinto en el grupo de 60 años y más (tasa de 288,8 x 100 000 hab.). <sup>(29)</sup> Se propone incluir los siguientes aspectos: Concepto. Clasificación. Epidemiología. Etiología. Cuadro clínico. Exámenes complementarios. Diagnóstico positivo y diferencial. Complicaciones. Tratamiento. Rehabilitación.

10. Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) tienen una alta prevalencia con un considerable peso en la morbimortalidad en nuestro país y en las tasas de discapacidad por sus secuelas. La diabetes mellitus, junto a la hipertensión arterial constituyen las dos ECNT más frecuentes, con una considerable repercusión en la salud de las personas y cuyo diagnóstico y tratamiento es imprescindible en el actuar del médico general básico. Sin embargo, aunque este asunto (la diabetes) es capital, el programa lo trata inadecuadamente ya que orienta conferencias de Medicina Interna sobre obesidad e hiperlipoproteinemias. La diabetes mellitus es tratada entonces en una conferencia de Anatomía Patológica, en un seminario problemático titulado: "Un caso de diabetes mellitus complicada" y en una revisión bibliográfica. Se propone que en la semana 16, en lugar de una conferencia sobre obesidad se imparta una sobre diabetes mellitus, y la obesidad (que no deja de ser importante como factor de riesgo) sea motivo de la revisión bibliográfica propuesta.
11. La entidad mononucleosis infecciosa que aparece en el tema sobre enfermedades hematológicas y hematopoyéticas debe trasladarse al tema de enfermedades infecciosas y parasitarias. Por otra parte, el test de Paul Bunnell se señala en el objetivo 3 del tema enfermedades infecciosas.
12. Asimismo, en este mismo tema debe sustituirse la enfermedad de Von-Willebrand, trastorno raro de la coagulación (0,1 a 5,3 casos por millón de habitantes <sup>(30)</sup>) por la púrpura anafilactoide (síndrome de Schoënlein Henoch), que es mucho más frecuente.
13. En las orientaciones metodológicas del tema 10 sobre enfermedades del tejido conectivo y de las articulaciones se recomienda utilizar la clasificación de Zeek de las anguitis en cinco grupos: periarteritis nudosa, anguitis y granulomatosis de tipo alérgico, fiebre reumática, arteritis de células gigantes y anguitis de hipersensibilidad. Se propone brindar clasificaciones más modernas como las que aparecen en el Tratado de Medicina Interna de Harrison <sup>(31)</sup> y que se detallan en el Anexo 2.
14. Asimismo, se cree conveniente adicionar al contenido de este tema la entidad gota, enfermedad articular

frecuente y que muchas veces se diagnostica mal. Uno de los errores frecuentes y que vemos en la práctica es el atribuir a la hiperuricemia asintomática el rótulo de gota. Se propone abordar en ella: Concepto. Etiopatogenia. Manifestaciones clínicas. Exámenes complementarios. Diagnóstico diferencial. Complicaciones. Tratamiento.

15. En el programa se proponen 4 revisiones bibliográficas sobre los siguientes aspectos: meningoencefalitis, pielonefritis crónica, diabetes mellitus y linfomas malignos. Proponemos cambiar la de meningoencefalitis, entidad que es objeto de una conferencia y un seminario, por una de leptospirosis, que según explicamos ya, tiene un peso importante en la actuación del médico general integral básico. Otra opción para esta revisión es el dengue (clásico y hemorrágico), entidad epidémica frecuente en nuestro país y en otras regiones del mundo en que desarrollan su acción nuestros médicos internacionalistas, por lo que es de obligatorio conocimiento para los médicos generales integrales básicos. Asimismo cambiar el término "pielonefritis crónica" por el más adecuado de infecciones del tracto urinario, ya que este se refiere a la nefritis intersticial crónica que se supone consecuencia de la infección bacteriana del riñón, pero muchas enfermedades no infecciosas originan también una nefritis intersticial que es imposible de distinguir desde el punto de vista anatomopatológico de la pielonefritis crónica.

#### **ANEXO 1. Propuesta de programa de curso electivo**

**Título: Atención al adulto mayor.**

**Duración:** Dos semanas.

#### **Orientaciones metodológicas:**

En este tema se brindarán al estudiante los principales aspectos conceptuales del envejecimiento como proceso y los aspectos clínicos terapéuticos de los problemas de salud que constituyen grandes síndromes en la atención al adulto mayor.

Se insistirá en la heterogeneidad del proceso de envejecimiento, por lo que la atención a los adultos mayores debe ser individualizada.

Se insistirá en la importancia de la evaluación geriátrica integral como forma especial de aplicación del método clínico en las personas ancianas y se brindarán los elementos esenciales para su aplicación.

Deben particularizarse los aspectos farmacológicos en el abordaje terapéutico, teniendo en cuenta lo nocivo de la polifarmacia y las reacciones adversas a los medicamentos en estas personas.

Se insistirá en el estilo de vida saludable y en la prevención y control de las enfermedades crónicas como fundamento para mantener indemne la capacidad funcional física y mental a lo largo de la vida.

**Objetivos:**

El alumno será capaz de:

1. Dominar con un nivel de aplicación la técnica de la evaluación geriátrica integral para la atención del adulto mayor.
2. Reconocer los problemas principales de salud del anciano frágil enmarcados en los grandes síndromes geriátricos: inmovilización, caídas, incontinencia urinaria y fallo mental.
3. Orientar y aplicar las medidas de promoción y prevención de salud que corresponden a estos síndromes.
4. Aplicar con racionalidad la terapia con fármacos en las personas ancianas.
5. Orientar medidas para un plan de cuidados a enfermos en el final de la vida.

**Contenidos:**

1. Envejecimiento humano y cambios morfofisiológicos que lo acompañan. Definición de envejecimiento. Envejecimiento sano vs. patológico. Aspectos sociodemográficos. Teorías del envejecimiento. Cambios anatómicos y fisiológicos relacionados con la edad.
2. Epidemiología del envejecimiento. Morbilidad. Mortalidad. Fragilidad. Discapacidad. Compresión de la morbilidad. Aspectos particulares de la presentación de las enfermedades en los ancianos.
3. Evaluación geriátrica integral. Definición. Objetivos. Componentes. Beneficios. Aspectos a tener en cuenta en la historia clínica y el examen físico del anciano.
4. Farmacoterapia en el anciano. Farmacocinética. Farmacodinámica. Reacciones adversas. Adherencia al tratamiento. Polifarmacia. Reglas de prescripción de fármacos en el adulto mayor.
5. Síndrome de inmovilización. Concepto. Clasificación etiológica. Diagnóstico. Consecuencias. Tratamiento preventivo. Tratamiento del síndrome de inmovilización establecido. Tratamiento de las complicaciones.

6. Caídas. Epidemiología. Etiología. Consecuencias. Evaluación. Prevención.
7. Incontinencia urinaria. Micción y envejecimiento normal. Clasificación fisiopatológica. Clasificación etiológica. Evaluación. Tratamiento.
8. Delirio. Definición y epidemiología. Etiología. Fisiopatología. Cuadro clínico. Criterios diagnósticos. Exámenes complementarios. Tratamiento.
9. Demencia. Definición e importancia del problema. Clasificación etiológica. Diagnóstico. Enfermedad de Alzheimer: estadios clínicos. Diagnóstico diferencial. Tratamiento. Cuidados. Atención a cuidadores.
10. Cuidados al final de la vida. La muerte como parte del ciclo vital. Derechos para una muerte digna. Atributos de los cuidados paliativos. Procesos subsidiarios de cuidados paliativos. Control de síntomas. Atención al duelo y a la familia.

**Formas de enseñanza y distribución del tiempo:**

- Diez conferencias de una hora de duración tituladas:
  - Envejecimiento humano como proceso.
  - Epidemiología del envejecimiento.
  - Evaluación geriátrica integral.
  - Farmacoterapia en el anciano.
  - Síndrome de inmovilización.
  - Caídas
  - Incontinencia urinaria
  - Delirio
  - Demencia
  - Cuidados al final de la vida
- Un seminario problema de dos horas de duración sobre: "Un caso con deterioro cognitivo".
- Una revisión bibliográfica sobre: "Grandes síndromes geriátricos".
- El resto del tiempo educación en el trabajo: pase de visita, discusión de casos.

**PRIMERA SEMANA:**

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00 – 9:00 a.m.	Conferencia: Envejecimiento humano	Conferencia: Evaluación geriátrica integral	Pase de visita y discusión de casos	Conferencia: Síndrome de inmovilización	Conferencia: Caídas
9:00 – 12:00 m	Pase de visita	Pase de visita		Pase de visita y discusión de casos	Pase de visita
1:00 – 2:00 p.m.	Conferencia: Epidemiología del envejecimiento	Conferencia: Farmacoterapia en el anciano	Estudio independiente	Estudio independiente	Estudio independiente
2:00 – 3:00 p.m.	Estudio independiente	Estudio independiente			

## SEGUNDA SEMANA:

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00 – 9:00 a.m.	Conferencia: Incontinencia urinaria	Conferencia: Delirio	Conferencia: Cui- dados al final de la vida	Pase de visita	Examen final escrito.
9:00 – 12:00 m	Pase de visita	Pase de visi- ta y discu- sión de ca- sos	Pase de visita y discusión de ca- sos	Seminario Pro- blema: Deterio- ro cognitivo	
1:00 – 2:00 p.m.	Estudio inde- pendiente	Conferencia: Demencia	Estudio indepen- diente	Estudio inde- pendiente	
2:00 – 3:00 p.m.		Estudio in- dependiente			

**Literatura docente:**Textos básicos:

- Bennett JC, Plum F, eds. Cecil Tratado de Medicina Interna. 20<sup>ma</sup> ed. Ciudad de la Habana:ECIMED; 2000.
- Martínez Lage M, Pascual Millán LF, eds. Alzheimer 2003 ¿qué hay de nuevo?. Madrid: Edit. Aula Médica; 2003.
- Devesa E. Uso de los medicamentos en los ancianos.. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencia y Técnica; 1998.
- Farreras – Rozman. Medicina Interna. Edit Hartcourt. Barcelona, 2000.
- Prieto O, Vega E. Temas de Gerontología. Edit. Ciencia y Técnica. Ciudad de la Habana, 1996.
- Rodés. Medicina Interna. Edit. Masson, S. A. Barcelona, 2000.
- Salgado A, Guillén F. Manual de Geriatria. Edit. Masson – Salvat. Barcelona, 1992.
- Berris MH, Berkow R, eds. The Merck Manual of Geriatrics. New Jersey, 2000.
- Rocabruno JC, edit. Tratado de Gerontología y Geriatria Clínica. Edit. Ciencia y Técnica. Ciudad de la Habana, 1999.
- Espinosa A, Romero AJ, eds. Temas de Gerontogeriatría. Rev Finlay. Cienfuegos, 1990.
- Lázaro del Nogal M, edit. Evaluación del anciano con caídas de repetición. Edit. MAPFRE. Madrid, 2001.
- Harrison's Principles of Internal Medicine. Edit. McGraw-Hill. New York, 1998.
- Romero Cabrera AJ. Asistencia clínica al adulto mayor. Editorial Universo Sur. Universidad de Cienfuegos, 2007.
- to an oncology acute care for elders unit. J Clin Oncol. 2006; 24(15): 2298-303.
- Rochon PA. Preventing pressure ulcers: a systematic review. JAMA. 2006; 296(8): 974-84.
- Grey JE, Harding KG, Enoch S. Pressure ulcers. Br Med J. 2006; 332: 472-5.
- García AD, Thomas DR. Assessment and management of chronic pressure ulcers in the elderly. Med Clin North Amer. 2006; 90(5): 925-44.
- Parker MJ, Gillespie WJ, Gillespie LD. Effectiveness of hip protectors for preventing hip fractures in elderly people: systematic review. Br Med J. 2006; 332: 571-4.
- Cameron ID, Kurrle S. Preventing falls in elderly people living in hospitals and care homes. Br Med J. 2007; 334: 53-4.
- Romero-Cabrera AJ, Hernández C, Pérez ML. Prevention of falls or supervised care in institutionalized elderly?. Rapid Response to: Cameron ID, Kurrle S. Preventing falls in elderly people living in hospitals and care homes. Br Med J. 2007; 334: 53-4.
- Mardan RE, Halim S, Pawlson G, Haffer SC. Management of urinary incontinence in Medicare managed care beneficiaries. Arch Intern Med. 2006; 166: 1128-33.
- Epstein BJ, Gums JG, Molina E. Newer agents for the treatment of overactive bladder. Am Fam Physician. 2006; 74: 2061-8.
- Edlung A, Lundström M, Karlsson S, Brännström B, Bucht G. Delirium in older patients admitted to general internal medicine. J Geriatr Psych Neurol. 2006; 19(2): 83-90.
- Inouye SK. Delirium in older persons. N Engl J Med. 2006; 354: 1157-65.
- Young J, Inouye SK. Delirium in older people. Br Med J. 2007; 334: 842-6.
- Romero-Cabrera AJ, Espinosa Brito AD. Delirium: a common cause of misdiagnosis in the elderly. Rapid Response to: Young J, Inouye SK. Delirium in older

Literatura de consulta:

- Morrison LJ, Morrison RS. Palliative care and pain management. Med Clin North Amer. 2006; 90: 983-1004.
- Flood KL, Carroll MB, Le CV, Ball L, Esker DA, Carr DB. Geriatric syndromes in elderly patients admitted

- people. Br Med J. 2007; 334: 842-6.
15. Gill SS, Bronskill SE, Norman ST, Anderson GM, Sykora K, Lam K, et al. Antipsychotic drugs use and mortality in older adults with dementia. Ann Intern Med. 2007; 146(11): 775-86.
  16. Inouye SK, Zhang Y, Han L, Leo Summers L, Jones K, Marcantonio E. Recoverable cognitive dysfunction at hospital admission in older persons during acute illness. J Gen Intern Med. 2006; 21(12): 1276-81.
  17. Neef D, Walling AD. Dementia with Lewy bodies: an emerging disease. Am Fam Physician. 2006; 73: 1223-9.
  18. Chopra A, Cavalieri TA, Libon DJ. Dementia screening tools for the primary care physician. Clinical Geriatrics. 2007; 15(1): 38-45.
  19. Golden J, Lawlor B. Treatment of dementia in the community. Br Med J. 2006; 333: 1184-5.
  20. Graff MJL, Vernoy-Dassen MJM, Thipsen M, Dekker J, Hoefnagels WHL, Olde-Rikkert MGM. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomized controlled trial. Br Med J. 2006; 333:1196-201.
  21. Ayalon L, Gum AM, Feliciano L, Arean PA. Effectiveness of no pharmacological interventions for management of neuro psychiatric symptoms in patients with dementia. Arch Intern Med. 2006; 166: 2182-8.
  22. Abdreus GC. Managing challenges behaviours in dementia. Br Med J. 2006; 332: 741.
  23. Byrne A, Curran C, Wattis J. Alzheimer's disease. Geriatric Medicine. 2006; 36: 13-7.
  24. Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jan 25; (1): CD 005593.

**ANEXO 2. Clasificación de las vasculitis**

Síndromes de vasculitis	
Primarias	Secundarias
Granulomatosis de Wegener Síndrome de Churg – Strauss Panarteritis nudosa Poliangeítis microscópica Arteritis de células gigantes Arteritis de Takayasu Púrpura de Shönlein – Henoch Vasculitis cutánea idiopática Crioglobulinemia mixta esencial Síndrome de Behçet Vasculitis aislada del SNC Síndrome de Cogan Enfermedad de Kawasaki	Vasculitis medicamentosas Enfermedad del suero Vasculitis acompañadas de otras enfermedades primarias. Infección Cáncer Enfermedad reumática.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Hernández Díaz A, Hernández M. Una propuesta alternativa en la universidad cubana para enfrentar las exigencias del mundo de hoy. Rev Cubana Educ Sup. 2000; 20(2): 109-19.
2. Vecino Alegret F. Las universidades cubanas a las puertas de un nuevo siglo: realidades y desafíos. (Conferencia). Pedagogía '99. Ciudad de La Habana: MES; 1999.
3. Espinosa A. La Clínica y la Medicina Interna hoy. Compilación de textos seleccionados y reflexiones. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos, 2007 (En prensa).
4. Espinosa A. Medicina Interna: ¿Qué fuiste, qué eres, qué serás?. Rev Cubana Med. 1999; 38: 79-90.
5. Cataldi R. Especialidad Medicina Interna: su razón de ser. Rev Medicina Interna AMIBA[serie en Internet]. 2005 [citada:27 de noviembre de 2008]; 1(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: [http://www.smiba.org.ar/med\\_interna/vol\\_01\\_2005.htm](http://www.smiba.org.ar/med_interna/vol_01_2005.htm).
6. Selman-Housein E. Guía de acción para la excelencia en la atención médica. Ciudad de la Habana: Editorial Científico Técnica; 2002.
7. Moreno MA. La relación médico-paciente. En: El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales. Ciudad de la Habana: Editorial Científico Técnica; 2001.p.59-74.
8. Moreno MA. Programa de preparación de la asignatura Medicina Interna. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública, Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana; 1989.

9. Moreno MA. Problemas a resolver por el médico general básico y su nivel de actuación. Ciudad de La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana; 1989.
10. Hoskins I, Mende S. Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. Rev Panam Salud Pública. 2005; 17(5-6):444-51.
11. Cuba. Comité Estatal de Estadísticas. El envejecimiento de la población: Cuba y sus territorios. Cifras e indicadores para su estudio. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. Ciudad de La Habana : Oficina Nacional de Estadísticas; 2001.
12. Muñoz C. Manifestaciones atípicas de las infecciones en el anciano. JANO. 2003; 64: 31-7.
13. Ribera Casado JM. Manifestaciones clínicas atípicas de las neumonías en el anciano. Rev Clin Esp. 2001; 201(7): 402-3.
14. Romero Cabrera AJ. Insuficiencia cardiaca en el anciano: un problema no resuelto. Medisur[serie en Internet]. 2004 [citada:27 de noviembre de 2008]; 2(1): [aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/46>
15. Valladares J, Iraola M, González C, Manso R. Cardiopatía isquémica. Atención hospitalaria. Rev Finlay. 2005; 10 (No. Especial): 90-102.
16. Mohandas R, Gupta KL. Managing thyroid dysfunction in the elderly: answers to seven common questions. Postgrad Med. 2003; 113(5): 54-68.
17. Salvador J, Bernabeu M, Ollero M, Aguilar M, Ramírez N, González MA, et al. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. Med Clin. 2005; 125(1): 5-9.
18. Zambrana JL, Velasco MJ, Díez F, Cruz C, Martín MD, Adarraga MD. Características clínicas diferenciales de los enfermos pluripatológicos hospitalizados en servicios de medicina interna. Rev Clin Esp. 2005; 205: 413-7.
19. Romero Cabrera AJ. Atención al adulto mayor hospitalizado. Rev Finlay. 2005; 10(No. Especial): 122-31.
20. Romero Cabrera AJ, Rivero R, Olascoaga F, Pino R, Figueiras B, Del Sol LG. Aproximación a la historia clínica: una guía. Medisur [serie en Internet]. 2005 [citada:27 de noviembre de 2008];3 (3 Supl 1):[aprox. 36 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/128/3330>
21. Ferruci L, Guralnik JM, Studenski S. Interventions on Frailty Working Group. Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. J Am Geriatr Soc. 2004; 52: 628-34.
22. Steinman MA, Landefeld CS, Rosenthal GE, Berthenthal D, Sen S, Kaboli PJ. Polypharmacy and prescribing quality in older people. J Am Geriatr Soc. 2006; 54(10): 1516-23.
23. Passarelli MC, Jacob-Filho W, Figueras A. Adverse drug reactions in an elderly hospitalised population: inappropriate prescription is a leading cause. Drugs Aging. 2005; 22(9): 767-77.
24. Ribera Casado JM. Enseñanza de la geriatría en el pregrado. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005; 40(5): 265-8.
25. Abizanda Soler P, Romero Rizos L, Sánchez Jurado PM, Martín Sebastián E, Luengo Márquez C. Necesidad de la enseñanza de pregrado en geriatría. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005; 40(5): 275-84.
26. Devereaux G. ABC of chronic obstructive pulmonary disease: Definition, epidemiology and risk factors. BMJ. 2006; 332: 1142-44.
27. Núñez M, Penín S, Moga S. EPOC. Guías clínicas[serie en Internet]. 2004[citada: 10 de diciembre de 2008];4(8) ): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
28. Rivero G, Delgado R, González I. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica desde la óptica de la medicina basada en pruebas. Medisur[serie en Internet]. 2007 [citada: 10 de diciembre de 2008]; 5(1):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/issue/view/22>.
29. Cuba. Dirección Nacional de Registros Médicos y de Salud. Diez primeras causas de muerte por grupos de edad y sexo. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública;2008.
30. Farreras Rozman. Medicina Interna. 14<sup>va</sup> ed. Madrid: Harcourt; 2000.
31. Harrison GH. Principios de Medicina Interna. 16<sup>ta</sup> ed. Philadelphia: Mc Graw Hill; 2006.