REVISTA MEXICANA DE EDUCACION MEDICA

1996 VOLUMEN 7 NUMERO 1

PUBLICACION DE LA ASOCIACION MEXICANA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA

ISSN 0188-2635

Revista Mexicana de Educación Médica

CONSEJO DIRECTIVO

Dr. José Angel Córdova Villalobos
Dr. Enrique Aguirre Huacuja
Dra. Virginia Hidalgo Wong
Dr. Carlos Díaz Montemayor
Dr. Francisco Javier Domínguez Garibaldi
Dra. Irene Durante Montiel

CONSEJO EDITORIAL

Dr. Luis Felipe Abreu
Dr. Enrique Aguirre Huacuja
Dr. José Manuel Alvarez Manila
Dr. José Angel Córdova Villalobos
Dr. Gabriel Cortés Gallo
Dr. Ramiro Jesús Sandoval
Dr. Éctor Jaime Ramírez Barba
Dr. Enrique Vargas Salado

EDITOR

Dr. José Angel Córdova Villalobos

REVISTA MEXICANA DE EDUCACION MEDICA

Es una publicación de la Asociación Mexicana de facultades y escuelas de Medicina
ISSN 0188-2635

Revista Mexicana de Educación Médica

PUBLICACION DE LA ASOCIACION MEXICANA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA

1996, VOLUMEN 7, NUMERO 1

ISSN 0188-2635

INDICE

EDITORIAL 4

REPORTES DE INVESTIGACIÓN

El papel del profesor-tutor dentro de los grupos de alta exigencia académica en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. 6
Ma. Teresa Cortés, Ileana Petra, Sara Morales, Alfredo Illescas, Pilar Paz

El aprendizaje de la fisiología para un examen extraordinario en la Facultad de Medicina de la UNAM. 14
B. Barrera Mera, E.O. Hernández Ochoa, E. Barrera Calva

ENSAYOS

Los escenarios de la práctica clínica y la calidad en la Educación Médica. 21
Joaquín López Barcena

Programa Nacional de Geriatría; una propuesta para la Licenciatura en Medicina. 27
Luis Miguel Gutiérrez, Enrique Vargas Salado, José Angel Córdova Villalobos

XXXIX Asamblea Nacional Ordinaria de la A.M.F.E.M. 33
Escuela de Medicina, Universidad Anáhuac, 24-27 abril 1996.

En la enfermedad ácido péptica

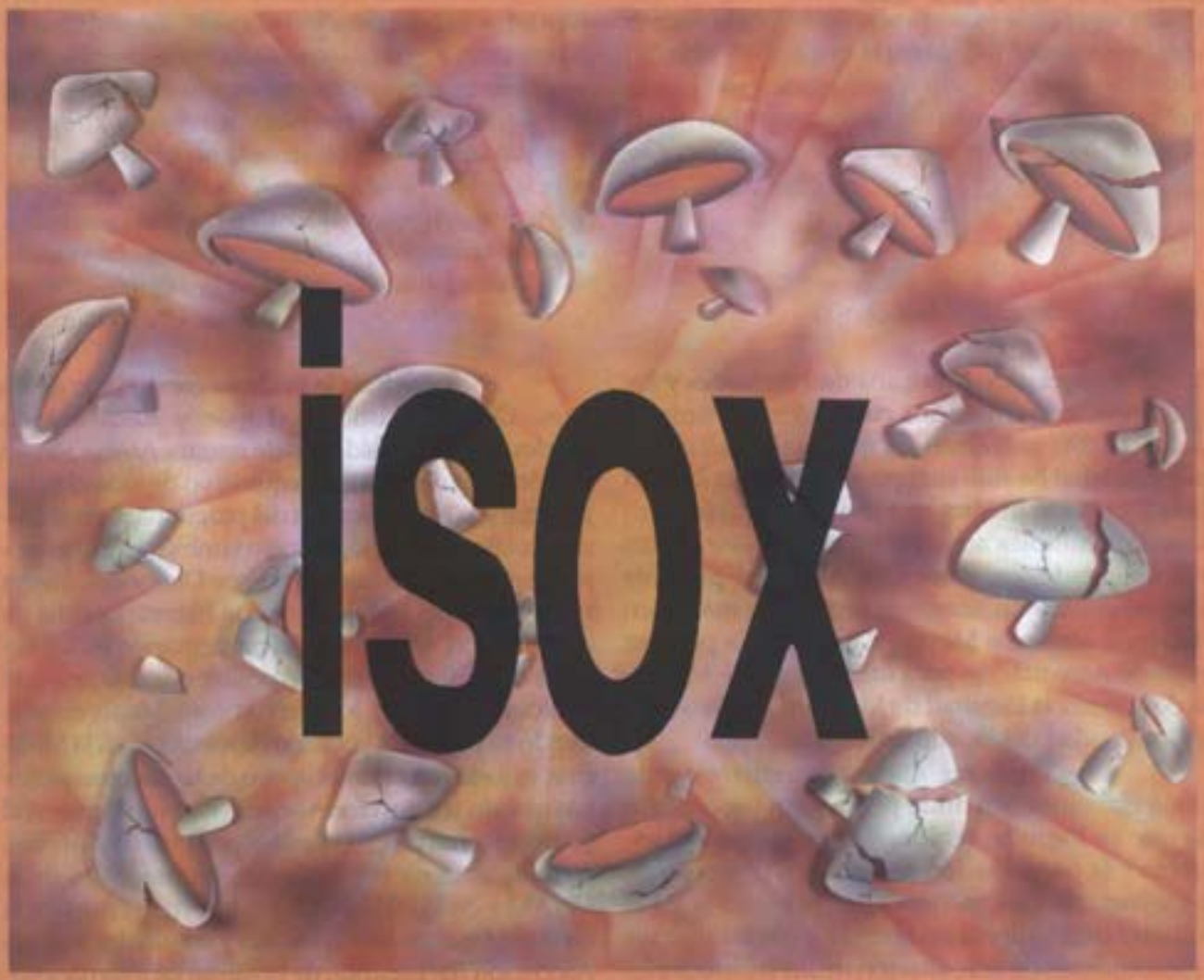
Ranisen

RANISEN (Clorhidrato de Ranitidina) es el clorhidrato de N- (2- (5-(dimetil-ammonmetil)-2-Furanil metil)tio)etil)-N-1 metil-2- nitro-1, 1-etenediamina. Posee un anillo Furano. RANISEN es un antagonista selectivo de los receptores H2 de Histamina. Es un inhibidor de la secreción gástrica, basal o estimulada, en los animales y en el hombre. INDICACIONES: Ulcera duodenal y gástrica, Ulcera postoperatoria, Esofagitis por reflujo, Síndrome de Zollinger-Ellison, prevención y tratamiento del Sangrado gastrointestinal superior y prevención del Síndrome por aspiración (Síndrome de Mendelson). DOSIS: La dosis inicial es de un comprimido de 300 mg. por la noche o bien, un comprimido de 150 mg. dos veces al día, durante 4 semanas. El periodo de tratamiento puede llegar a 8 semanas; la dosis de mantenimiento es de un comprimido de 150 mg. por la noche. En Zollinger-Ellison pueden administrarse hasta 900 mg. al día. Intravenoso: Directo: 50 mg. diluidos en 20 ml. de solución salina, glucosada o Hartman, en forma lenta (1-2 minutos) cada 6 u 8 horas. En el caso de la presentación con jeringa desechable, se aplica directamente en la vena, sin diluir, en un lapso de 1-2 minutos. Infusión continua: 25 mg. por hora, por 2 horas cada 6 u 8 horas diluidos en solución compatible. Dosis ponderal: 0.125 mg. a 0.35 mg/kg/hr. CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al medicamento. Así como durante el Embarazo y Lactancia. PRECAUCIONES: En pacientes con insuficiencia renal severa, se recomienda la dosis terapéutica de 150 mg. por la noche durante 4-8 semanas. Al igual que otras drogas, durante el embarazo y la lactancia, deberá usarse únicamente si es estrictamente necesario. RANISEN no interactúa con drogas que son metabolizadas por el citocromo P-450. REACCIONES SECUNDARIAS: Moderadas y eventuales, cefalea en un 3%; mareo, constipación, náusea, dolor abdominal y rash en 1%; casos ocasionales de ginecomastia, impotencia y pérdida de la libido han sido reportados pero la incidencia de estos no difiere de los casos en la población general. FORMULA: Cada comprimido contiene: Clorhidrato de Ranitidina equivalente a 300 mg. y 150 mg. de Ranitidina base, excipiente c.b.p. un comprimido. Cada ampolleta de 5 ml. contiene: Clorhidrato de Ranitidina equivalente a 50 mg. de Ranitidina base. Cada jeringa desechable de 2 ml. con aguja esterilizada desechable contiene: Clorhidrato de Ranitidina equivalente a 50 mg. de Ranitidina base. PRESENTACIONES: Caja con 10 y 30 comprimidos de 300 mg. caja con 20 y 60 comprimidos de 150 mg. caja con 5 ampolletas de 5 ml. de 50 mg. y caja con 1 jeringa desechable de 2 ml. c/aguja esterilizada desechable de 50 mg.

Hecho en México por: Laboratorios SENOSIAIN, S.A. de C.V.
Camino a San Luis Rey No.221 Ex-Hda. Sta. Rita, Celaya, Gto.
Literatura exclusiva para Médicos. Su venta requiere receta médica.
Regs. Núm. 26M83 y 24M65, S.S.A. I. Med.SGE-1703U
® Marca Registrada

Ranisen®
SENOSIAIN

Una Nueva Generación de Antimicóticos



Con Isox , eficacia superior al 90 %, mínima incidencia de efectos secundarios, alcanza elevadas, sostenidas y extensas concentraciones en las áreas afectadas.
Cómoda posología, con una sola cápsula al día.

FORMA FARMACEUTICA Y FORMULACION: Cada cápsula contiene: Itraconazol, 100 mg. Excipiente c.b.p. 1 cápsula. INDICACIONES TERAPEUTICAS: ISOX está indicado en el tratamiento de Tiñas de diversa localización, causadas por dermatofitos de las especies Trichophyton, Epidermophyton o Microsporum. Micosis de piel y sus anexos causadas por hongos levaduriformes o mohos: Pitriasis versicolor y micosis profundas (Aspergilosis, Cromomicosis, Esporotricosis, Paracoccidioidomicosis, Coccidioidomicosis, etc.) En el esquema de tratamiento corto están contempladas las candidiasis vaginales agudas o crónicas y recurrentes. CONTRAINDICACIONES: Embarazo, lactancia e hipersensibilidad a los componentes de la fórmula. PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD: Hasta el momento, en todos los estudios realizados con itraconazol, no se han reportado alteraciones en la función de los órganos vitales ni alteración en las concentraciones séricas basales ni estimuladas de hormona luteinizante, prolactina, folículoestimulante, adrenocorticotrópica. No hubo modificación de los andrógenos plasmáticos. Por esta razón, se concluyó que no se produjeron cambios asociados al medicamento en hipófisis, testículos ni adrenales. Los estudios de embriotoxicidad y teratogenicidad en ratas demostraron que 10 mg/kg no tuvieron efecto tóxico. En cuanto al potencial mutagénico del fármaco, se encontró que itraconazol carece de dicha propiedad. REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: El 5% de los pacientes tratados con ISOX pudieron reportar náuseas, pirosis, cefalea y vértigo. Dichos efectos secundarios han sido de naturaleza leve y transitoria. INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GENERO: Hasta el momento, las interacciones conocidas del itraconazol son con la rifampicina y fenitoína ya que pueden reducir los niveles plasmáticos del primero. Por esta razón se recomienda a los pacientes que lo reciben en forma concomitante, distanciar la toma por lo menos dos horas. PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS: La biodisponibilidad oral de ISOX en pacientes cirróticos, se eleva por lo que se recomienda reducir la dosis en este tipo de pacientes. En insuficiencia renal la biodisponibilidad disminuye por lo que se recomienda ajustar la dosis. ISOX no produce efectos sobre la carcinogénesis. DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION: Oral: Para el tratamiento de tiñas de cualquier localización, causadas por dermatofitos de las especies Trichophyton, Epidermophyton o Microsporum. Para Micosis de la piel y sus anexos causadas por diversos hongos levaduriformes o mohos y para el tratamiento de pitiriasis versicolor o micosis profundas, se recomienda utilizar la presentación de ISOX 15D. En tiña de pie y palmar se recomienda continuar el tratamiento por 15 días más. Para las micosis vaginales agudas, crónicas y recurrentes se sugiere utilizar ISOX 3D. En todos los casos, la toma debe hacerse junto con un alimento, de otra manera la absorción del itraconazol puede verse disminuida. Para onicomicosis y micosis profundas, no se ha logrado establecer esquemas fijos de tratamiento. En estos casos, la dosis es de una cápsula al día y la duración del tratamiento dependerá de la respuesta del paciente. En el caso del esquema de tratamiento 3 días se recomienda tomar dos cápsulas junto con un alimento durante los días señalados. SOBREDOSIFICACION O INGESTA ACCIDENTAL: MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTIDOTOS): Hasta el momento no se han reportado casos de sobredosificación o ingesta accidental, por lo que no se dispone de información. PRESENTACIONES: ISOX 15D caja con 15 cápsulas de 100 mg cada una. ISOX 3D caja con 6 cápsulas de 100 mg cada una. RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO: Consérvese en lugar fresco y seco. LEYENDAS DE PROTECCION: Literatura exclusiva para médicos. No se deje al alcance de los niños. Su venta requiere receta médica.

Laboratorios Senosiain, S.A. de C.V.
Camino a San Luis Rey No. 221
Ex-Hacienda Sta. Rita Celaya Gto.
Reg. No. 315M89, S.S.A.
Número de autorización: AEAR-29353/94 I.P.P.R. Clave:GEJ-15465/94

ISOX®
SENOSIAIN

ISOX-01-94A

EDITORIAL

La Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina cumplió recientemente su 39o. aniversario, y aún cuando su objetivo primordial ha sido siempre el mejorar la calidad de la Educación Médica en México, y a través de su historia, múltiples acciones en pos de ello se han instrumentado, en el mes de Abril del presente años se realizó un acontecimiento que marca un Hito en la Medicina Mexicana como fue la primera visita de Acreditación para una Escuela de Medicina de México, la Facultad de Medicina de Toluca de la Universidad del Estado de México.

¿Y porqué queremos remarcar este acontecimiento?, sin duda por la gran trascendencia que su logro ha tenido, ya que conjuga el esfuerzo y la participación conjunta en consenso de la mayoría de los Directores de las Escuelas y Facultades de Medicina en aceptar y desarrollar un procedimiento de acreditación de las Instituciones del país. Este proceso que inició formalmente en la Reunión Extraordinaria de la AMFEM llevada a cabo en la Ciudad de Guadalajara, Jalisco a fines de 1992, y que posteriormente se vio fortalecida con la definición y el análisis cuidadoso de los aspectos que constituyen la calidad en la educación médica y la previsión de los escenarios futuros, para llegar a la elaboración de un instrumento de amplio consenso que definía los indicadores de calidad. Muchas horas de trabajo fueron necesarias para diseñar en definitiva lo que serían los estándares de calidad, en diferentes reuniones en la sede de AMFEM, pasando por otras en Puebla, Cuernavaca y Comanjilla, Gto., que finalmente permitieron contar con un instrumento ciertamente aún perfectible, pero bastante completo, para la autoevaluación y aceptado en asamblea por los miembros de nuestra Asociación.

Sin duda la brillante conducción de los Dres. Octavio Castillo y López y Ramiro Jesús Sandoval como Presidentes de nuestra Asociación, en los años más difíciles que requirieron de todo el trabajo inicial y la estructuración del programa, fueron fundamentales para su logro, pero también es justo reconocer el trabajo de tantos y tantos Directores, que ya fuese como parte del comité de Planeación, del de Acreditación, o mediante su participación en las Reuniones Nacionales hicieron posible que este proyecto se hiciera realidad y lo fueron consolidando, demostrando su profunda vocación de mentores en la Medicina, es justo reconocer el apoyo de tantas otras personas que sin ser directores se entregaron y tomaron al proyecto como propio, desde el personal de AMFEM, como la asesoría por brillantes profesionales de la UNAM y de FUNSALUD, y el apoyo irrestricto y la confianza que en base a trabajo y resultados nuestra Asociación fue ganando de organismos internacionales como la Asociación Médica Americana, y la Asociación de Escuelas de Medicina de los Estados Unidos, y de organismos nacionales como la Secretaría de Salud y la de Educación Pública.

El camino ha sido largo y ha requerido además la capacitación desde los miembros del Comité de Acreditación, y el Consejo Directivo de AMFEM, como de más de 40 Verificadores de diferentes Escuelas y Facultades de Medicina del país, quienes con un gran entusiasmo y con la humildad que caracteriza a los grandes hombres y mujeres han participado, apoyando y engrandeciendo el proceso de una manera extraordinaria y nos han dado el privilegio de trabajar con ellos en esta acción conjunta.

En fin hemos logrado después de una estructuración cuidadosa y prudente, llegar a la

aplicación final del proceso, arrancar la Acreditación de las Escuelas y Facultades de Medicina de México, ahora la responsabilidad se ha multiplicado, pues no solamente debemos continuarlo, sino ir logrando su mejoramiento en vías de la perfección, y complementarlo con las acciones que prevé el Programa de Desarrollo Académico que es el complemento del de Acreditación, y del cual afortunadamente muchas acciones objetivas se han ido observando, como han sido los programas nacionales de Nutrición, el de Bioética, y muy pronto los de Informática y Geriatría.

Representa un placer y una satisfacción personal para quienes de manera sencilla, tenemos el privilegio de aportar algo para nuestra querida Asociación el poder participar en estas acciones tan trascendentes que seguramente redundarán en un gran beneficio para la Educación Médica y por ende para la Atención Médica de todos los Mexicanos.

Dr. José Angel Córdova Villalobos

Ya no es necesario...

Ahora eficacia con menos dosis

CIPROFLOX

ANTIMICROBIANO

- Bien tolerado.
- No es inactivado por enzimas.
- Carece de toxicidad auditiva, renal, hepática y ocular.
- No requiere ajustar dosis en pacientes con insuficiencia renal.

C I P R O F L O X (Ciprofloxacino) cápsulas. Antimicrobiano de amplio espectro FORMA FARMACEUTICA Y FORMULACION: Cada cápsula contiene: Clorhidrato de ciprofloxacino monohidratado equivalente a 250 y 500 mg de ciprofloxacino. Excipiente c.b.p. 1 cápsula. INDICACIONES: Infecciones osteoarticulares, ginecológicas, respiratorias, de oído medio, sinusitis, de tejidos blandos, vías urinarias, de los órganos genitales, fiebre tifoidea, shigelosis y cualquier proceso infeccioso bacteriano producido por gérmenes sensibles. CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad a el ciprofloxacino o a otras quinolonas, menores de 18 años, embarazo y lactancia. PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD: CIPROFLOX: no produce efectos mutagénicos, teratogénicos ni sobre la fertilidad. No se ha establecido su seguridad en mujeres embarazadas. Ya que el ciprofloxacino es distribuido en leche materna y debido a que se han observado alteraciones del cartílago de crecimiento en animales de laboratorio deben evaluarse los posibles riesgos beneficios para la paciente y el producto. REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:. Reacciones gastrointestinales (náuseas, anorexia, meteorismo, dolor abdominal, dispepsia, diarrea, vómito), del S.N.C. (cefalea, cansancio, insomnio, intabilidad, tinnitus.); hipersensibilidad (tipo rash cutáneo, prurito, fiebre); de la musculatura esquelética; cardiovasculares (taquicardia). INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GENERO: Bajo la administración oral, los antiácidos que contienen minerales reducen la absorción del ciprofloxacino. El ciprofloxacino puede aumentar el nivel sérico de teofilina con un aumento de la vida media de eliminación de esta última (por lo que se recomienda ajustar la dosis). En el uso concomitante con ciclosporina se ha observado aumento de la creatinina sérica. La administración de CIPROFLOX junto con glibenclamida puede potensializar el efecto de está última. PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS: Como cualquier otro ácido orgánico, este fármaco debe emplearse con precaución en pacientes con antecedentes de crisis convulsivas (epilépticos y/o enfermos con lesión del S.N.C.). No se ha establecido la eficacia y seguridad en pacientes pediátricos, por lo que se recomienda no utilizarlo en aquellos pacientes que no han alcanzado la pubertad. Hasta el momento no se han demostrado efectos carcinogenéticos. DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION: Oral. se han realizado diversos estudios clínicos, que revelan que dependiendo del sitio de localización de la infección, gérmen causal y estado clínico del paciente en cuestión se puede utilizar de 500 a 1500 mg/día de ciprofloxacino por el tiempo que juzgue necesario el clínico, dividido en dos dosis al día. Se recomienda dosis única de 500 mg en el tratamiento de Uretritis gonocócica no complicada. La duración del tratamiento debe prolongarse de 48 a 72 horas después de la desaparición de la fiebre o de los síntomas clínicos se recomienda en: Gonorrea aguda 1 día, infecciones renales, vías urinarias y cavidad abdominal 7 días, en la fase neutropénica de pacientes con defensas disminuidas, osteomielitis 2 meses, en infecciones por Estreptococo y Clamidia 10 días y de 7 a 14 días en las otras infecciones. Se recomienda reducir la dosis si el aclaramiento de creatinina esta por debajo de 20 ml/mn. o cuando la creatinina sérica sea mayor de 3 mg/100 ml, se administrará la mitad de la dosis normal cada 12 horas o la dosis normal cada 24 horas. SOBREDOSIFICACION O INGESTA ACCIDENTAL MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTIDOTOS): Hasta el momento no se han reportado, pero en caso de que se llegaran a presentar se recomiendan medidas de sostén como lavado gástrico y la administración de carbón activado. PRESENTACIONES: CIPROFLOX caja con 12 cápsulas de 250 mg. CIPROFLOX caja con 12 cápsulas de 500 mg. CIPROFLOX caja con 6 cápsulas de 500 mg. RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO: Manténgase en lugar fresco y seco. LEYENDAS DE PROTECCION: Literatura exclusiva para médicos. No se deje al alcance de los niños. Su venta requiere receta médica.

Hecho en México por:
Laboratorios Senosiain S.A. de C.V.
Camino a San Luis Rey No. 221
Ex. Hacienda de Santa Rita, Celaya, Gto.
No. de Regs. 303M87 y 004M91 S.S.A.
Clave: CIR-3929/94 AEJR-32139/95 I.P.P.R.

CIPROFLOX®
SENOSIAIN

CIPRO-01-94A

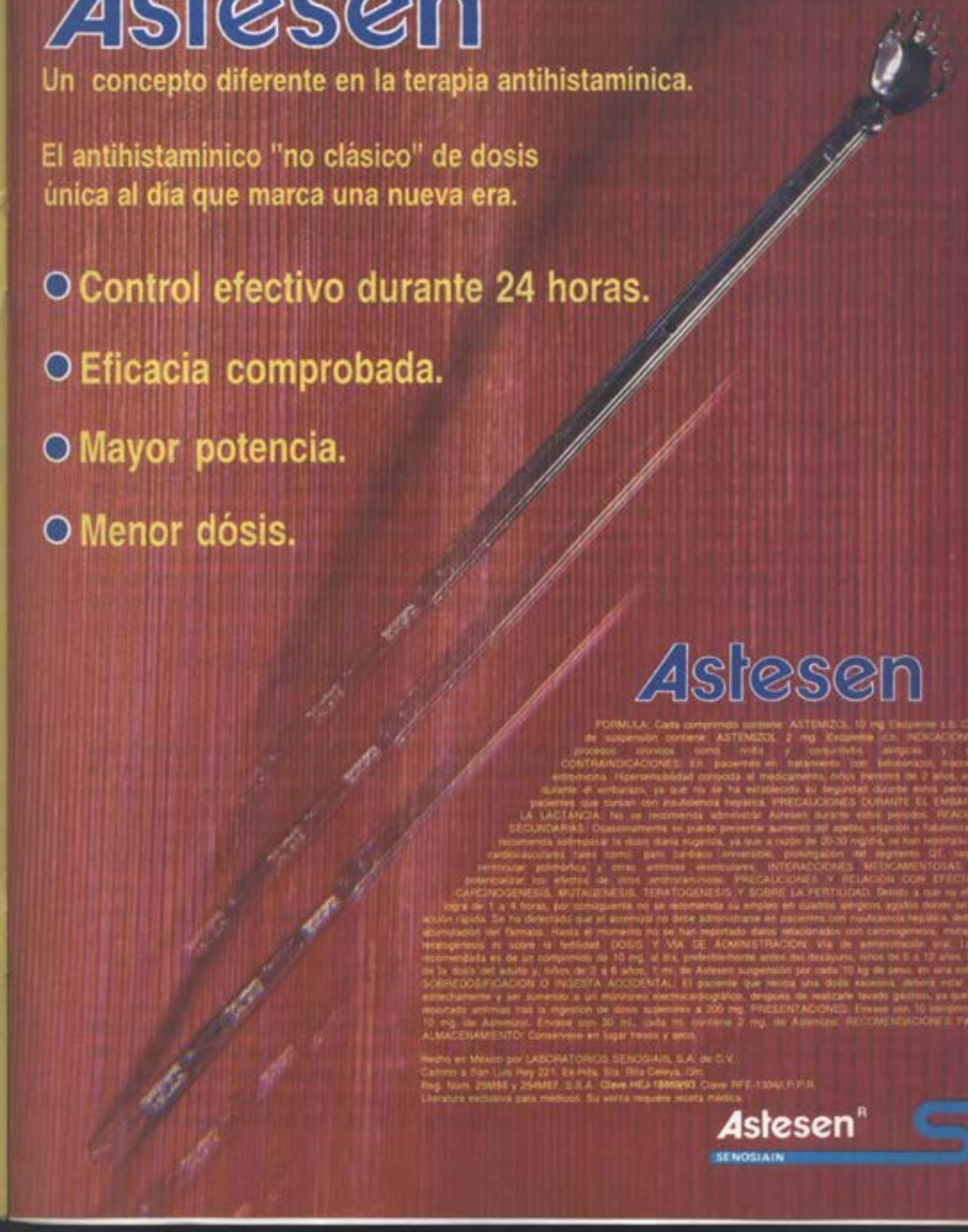
¡para la Alergia!

Astesen

Un concepto diferente en la terapia antihistamínica.

El antihistamínico "no clásico" de dosis única al día que marca una nueva era.

- Control efectivo durante 24 horas.
- Eficacia comprobada.
- Mayor potencia.
- Menor dósis.



Astesen

FORMULA: Cada comprimido contiene: ASTEMIZOL 10 mg. Excipiente c.b. Cada ml. de suspensión contiene: ASTEMIZOL 2 mg. Excipiente c.b. INDICACIONES: En procesos crónicos como rinitis y conjuntivitis alérgicas y urticaria. CONTRAINDICACIONES: En pacientes en tratamiento con telistorazol, triacetazol o eritromicina. Hipersensibilidad conocida al medicamento, niños menores de 2 años, así como durante el embarazo, ya que no se ha establecido su seguridad durante estos periodos. En pacientes que cursan con insuficiencia hepática. PRECAUCIONES DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA: No se recomienda administrar Astesen durante estos periodos. REACCIONES SECUNDARIAS: Ocasionalmente se puede presentar aumento del apetito, erupción y flatulencia. No se recomienda sobrepasar la dosis diaria sugerida, ya que a razón de 20-30 mg/día, se han reportado efectos cardiovasculares tales como: paro cardíaco irreversible, prolongación del segmento QT, taquicardia ventricular polimórfica y otras arritmias ventriculares. INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS: Puede potencializar los efectos de otros antihistamínicos. PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD: Debido a que su efecto se logra de 1 a 4 horas, por consiguiente no se recomienda su empleo en cuadros alérgicos agudos donde se precisa acción rápida. Se ha detectado que el astemizol no debe administrarse en pacientes con insuficiencia hepática, debido a la acumulación del fármaco. Hasta el momento no se han reportado datos relacionados con carcinogenesis, mutagénesis, teratogénesis ni sobre la fertilidad. DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION: Vía de administración oral. La dosis recomendada es de un comprimido de 10 mg. al día, preferiblemente antes del desayuno, niños de 6 a 12 años, la mitad de la dosis del adulto y, niños de 2 a 6 años, 1 ml. de Astesen suspensión por cada 10 kg de peso, en una sola toma. SOBREDOSIFICACION O INGESTA ACCIDENTAL: El paciente que reciba una dosis excesiva, deberá estar vigilado estrechamente y ser sometido a un monitoreo electrocardiográfico, después de realizarle lavado gástrico, ya que se han reportado arritmias tras la ingestión de dosis superiores a 200 mg. PRESENTACIONES: Envase con 10 comprimidos de 10 mg. de Astemizol. Envase con 30 ml., cada ml. contiene 2 mg. de Astemizol. RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO: Consérvese en lugar fresco y seco.

Hecho en México por LABORATORIOS SENOSIAIN, S.A. de C.V.
Camino a San Luis Rey 221. Ex-Hda. Sta. Rita Celeya, Gto.
Reg. Núm. 25M88 y 254M87. S.S.A. Clave HEJ-1869/93. Clave RFE-1304/LP.P.R.
Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica.

Astesen®
SENOSIAIN

ASTE-01-93-A

El papel del profesor-tutor dentro de los grupos de alta exigencia académica en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Experiencias de profesores y alumnos

Ma. Teresa Cortés,[1] Ileana Petra,[2] Sara Morales,[3] Alfredo Illescas,[4] Pilar Paz[5]

RESUMEN

El estudio analiza el sistema de asesorías por profesores-tutores para alumnos de los grupos de alto rendimiento del primer año de la carrera de Medicina de la UNAM. Al finalizar el primer año se aplicaron dos cuestionarios, uno para profesores y otro para alumnos. Se señala cualitativa y cuantitativamente sus respuestas. Los resultados sugieren que el programa es provechoso para la mayoría de los alumnos que refieren disminución de tensión, el poder discutir las dificultades académicas que se les van presentando y en ocasiones problemas de índole interpersonal. Se concluye que es un sistema que debe continuar pero que requiere de mayor organización y preparación de los tutores.

Palabras clave: Profesor-tutor, grupos de alta exigencia académica, NUCE, tutoría, coping.

SUMMARY

The study analysis a personal tutor system for students of two high rendering academic groups from the first year of Medical School at the Faculty of Medicine of the Mexican National Autonomous University. At the end of the first year, teachers and students who participated were asked to fill out a questionnaire, prepared specifically for each one. Qualitative and quantitative results are shown. The results suggest that the program is useful for most students that refer a lowering of tension, the possibility of discussing their academic difficulties and on occasions talk about personal problems. We conclude that the program should continue but more organization and preparation must be achieved.

Key words: *Professor-tutur, high rendering academic groups, NUCE, coping, tutorial.*

1 Secretaria de Enseñanza Clínica, Internado y Servicio Social, Facultad de Medicina, UNAM.
2 Coordinadora de Enseñanza, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM.
3 Coordinadora del Programa NUCE 1o. y 2o. año. Facultad de Medicina, UNAM.
4 Profesor, Departamento de Anatomía, Facultad de Medicina, UNAM.
5 Profesora, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM.

Introducción

El paso del Bachillerato a la Facultad de Medicina, ha sido visto por los alumnos como un acontecimiento altamente estresante por los cambios en la manera de estudiar, las nuevas exigencias, el llegar a un ambiente desconocido, la

pérdida de amistades de la juventud y alteraciones importantes en los tiempos dedicados a la familia, el esparcimiento y a sí mismos.[1,2] Estas circunstancias concluyen generalmente después del primer examen departamental. Los resultados de los primeros exámenes parciales son generalmente bajos; pasando éstos, se presenta una aceptable adaptación del alumno a su nuevo medio.[3] Aunque persisten posteriormente dudas y problemas en mayor o menor grado en cada alumno, su capacidad personal de confrontación (coping) moldea la forma en que se sobrepone y alcanza sus metas.[4]

Coles en 1993 señaló que a pesar de que existen tutores en las universidades de Inglaterra e Irlanda, un 79.3% de los alumnos no habían recibido consejos sobre su carrera, 65.5% carecieron de dirección en cómo estudiar y 37.9% no se les ayudó para manejar su estrés durante la carrera de medicina.[4]

En una encuesta realizada por Cottrell en la Escuela Médica de Londres, encontró que la mayoría de los tutores se reunían con los alumnos una vez al mes (46%). Las reuniones según los tutores deberían ser por motivos aducativos y sociales (75%). Las peticiones más frecuentes por parte de los tutores fueron conocer cómo iban progresando sus tutoriados y que hubiera objetivos más claros sobre su función como tutor. De los alumnos el 50% calificaron de exitoso el sistema tutorial y en general era más probable que estuvieran satisfechos con las sesiones si el tutor inició en primer contacto con ellos.[5]

En la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, con una población de aproximadamente 5,000 alumnos en pregrado, se han ensayado diversas estrategias para facilitar al alumno su adaptación a la carrera así, se incorporó en 1991 una figura a la que se ha llamado tutor, que sirve al alumno como modelo profesional de lo que es un médico. A cada alumno se le asigna un tutor por el tiempo que dura la carrera, que es un profesionista destacado en las diversas áreas de la medicina, al que visita en su lugar de trabajo, habitualmente fuera del campus universitario, éste le permite observar y participar en cierto grado en sus labores y le ayuda a esclarecer dudas. Este modelo ha resultado ser, en los grupos en que se ha ensayado, un estímulo y la oportunidad de ver cómo es la vida diaria del médico.[6,7]

Sin embargo, tanto tutores como alumnos han reportado que debido a las distancias en nuestra ciudad y a las actividades de ambos, el espaciamiento de las tutorías impide dar ayuda oportuna al alumno cuando éste requiere otro tipo de orientación.

Existe también en esta Universidad un programa llamado de alta exigencia académica que integra a los mejores alumnos, con los mejores profesores en cada facultad; en Medicina éste recibe el nombre de NUCE (Núcleos de calidad educativa) y está integrado por 65 alumnos seleccionados entre los aproximadamente 1,000 que ingresan cada año; la selección se realiza por: promedio de bachillerato, examen de clasificación y entrevista personal; estos alumnos se distribuyen en dos grupos, a cada uno de los cuales se asignan 6 profesores elegidos por su departamento para impartir cada una de las asignaturas (Anatomía, Biología del Desarrollo, Biología Celular y Tisular, Bioquímica e Inmunología, Psicología Médica y Salud Pública) y que aceptan desarrollar diversas metodologías que permitan mejorar la enseñanza y que ésta sea más personalizada.

Para apoyar al alumno de forma más cercana sobre todo al inicio de la carrera, se decidió probar en estos grupos, en el primer año, un sistema con la figura de profesor-tutor motivo de este estudio; en el cual a diferencia de los tutores mencionados anteriormente, éstos son profesores que se encuentran en el campus universitario y les imparten alguna de las 6 asignaturas del curriculum lo que les permite conocer de manera más cercana el desarrollo del alumno, así como estar más accesibles para él.

Los propósitos de este sistema son:

1. Apoyar al alumno en el desarrollo de una metodología de estudio y trabajo que sea aprobado para las exigencias del primer año de la carrera.

2. Ofrecer al alumno apoyo y supervisión en temas de mayor dificultad en las diversas asignaturas.

3. Crear un clima de confianza que permita conocer otros aspectos de la vida personal del alumno, que influyen directa o indirectamente en su desempeño.

4. Señalar y sugerir actividades extracurriculares que favorecen un desarrollo profesional integral del estudiante.

5. Brindar información académico-administrativa según las peticiones del alumno.

El objetivo de este estudio es conocer la opinión de profesores y alumnos acerca del desarrollo y los beneficios de este sistema, al finalizar el primer año de su implantación.

Metodología

A un mes de iniciado el ciclo escolar, se distribuyeron de 5 a 6 alumnos por profesor-tutor, el único requisito fue que tanto profesores como alumnos pertenecieran al mismo grupo.

Los tutores no recibieron un entrenamiento formal al respecto sino que se les entregó un documento breve en donde se describió el sistema y sus objetivos, mismos que fueron discutidos en grupo. A los alumnos se les explicaron los propósitos generales.

La primera reunión sería programada por el profesor-tutor y las subsecuentes serían principalmente a demanda de los alumnos.

La duración total sería del primer año escolar.

La evaluación se realizó a través de 2 cuestionarios, uno dirigido y aplicado a los alumnos y otro que se envió a los profesores, al finalizar el año escolar. Los cuestionarios fueron preguntas abiertas y de respuesta estructurada, dirigidas a conocer el punto de vista tanto de profesores como de alumnos sobre los aspectos positivos y negativos de este sistema tutorial.

El cuestionario para los profesores incluyó el tipo de problemas escolares que refirieron los alumnos y cómo fueron resueltos; si se tocaron otros problemas como los personales y cómo se les ayudó, cuáles consideraron que fueron los aspectos más útiles de las tutorías y los comentarios de los alumnos acerca de sus asignaturas.

El cuestionario para los alumnos incluyó el número de reuniones que tuvo con su tutor y el beneficio obtenido en las mismas. Se indagó sobre el tipo de problemas que le presentó al tutor y si éstos fueron de índole académico, social o personal y cómo se resolvieron.

Resultados

Alumnos:
De los 65 alumnos, que recibieron 59 encuestas (91%) cuyos resultados muestran que 53 alumnos (90%) asistieron a tutoría por lo menos en una ocasión y 6 (10%) refirieron no haber asistido por diversos motivos (falta de tiempo y desinterés tanto por parte de los profesores como de los alumnos).

Los 53 alumnos tuvieron un total de 195 sesiones con un promedio de 4 por alumno, los rangos variaron de 1 hasta 10 sesiones, siendo su

Cuadro 1
Temas tratados por los alumnos durante las asesorías

Tema	No. Alumnos	%
1. Métodos de estudio	24	45
2. Problemas personales	23	43
3. Falta de interés y problemas en algunas materias	17	32
4. Angustia por el rendimiento mostrado durante los exámenes a pesar del esfuerzo realizado	11	21
5. Expectativas ante los estudios y la carrera	10	19
6. Exceso de trabajo y falta de tiempo para cumplir el programa	10	19
7. Problemas de adaptación preparatoria-facultad	10	19
8. Dudas sobre el programa NUCE	9	17
9. Problemas en el inicio de su trabajo de laboratorio	8	15
10. Relaciones interpersonales con sus compañeros	6	11

Máscara del demonio de la enfermedad. Procedente de Ceilán. Museum für Völkerkunde, Berlin.

Cuadro 2
Temas tratados por los profesores-tutores

Tema	Sí	No
— Metodología de estudio	36 (68%)	17 (32%)
— Manejo de situaciones extracurriculares	19 (36%)	34 (64%)
— Asistencia a actividades extracurriculares	13 (24%)	40 (75%)
— Lecturas adicionales	17 (32%)	36 (68%)
— Intereses para el futuro	23 (43%)	30 (57%)

Cuadro 3
Problemas escolares iniciales detectados por los profesores-tutores

Problemas	Frecuencia	%
— Estudian pero salen mal en los exámenes	8	89
— Dificultades en métodos de estudio y lectura	6	67
— Hay asignaturas que no entienden, les aburren o desconocen qué se espera de ellos	5	56
— Dudas sobre la selección de la carrera	5	56
— Problemas interpersonales con alumnos NUCE y no NUCE	5	56
— Presencia de ansiedad-tensión	4	44
— Sobrecarga de trabajo escolar	4	44

mayor frecuencia durante los 2 primeros meses. El promedio de tutorías por profesor fue de 17 con una duración aproximada de 30 minutos.

Los temas que los alumnos trataron con mayor frecuencia se relacionaron en primer lugar con aspectos académicos, seguidos de problemas personales, de adaptación y orientación vocacional (*Cuadro 1*).

En relación a la utilidad de las tutorías, de acuerdo a los problemas presentados el 77% de los alumnos consideró que el tutor les ayudó a resolver sus problemas y dudas, a través de consejos útiles, apoyándolos y orientándolos directamente en sus estudios.

De los 53 alumnos asesorados, 23 (43%) trataron problemas no directamente relacionados con lo académico y de éstos 19 (82%) sintieron que recibieron ayuda.

Las respuestas a las preguntas estructuradas para conocer específicamente los temas que fueron tratados por los profesores-tutores, se encuentran en el siguiente cuadro (*Cuadro 2*).

De manera general el 60% de los alumnos consideró que dichas reuniones sí fueron fructíferas, porque favorecen el contacto personal con el profesor que les proporcionó orientación y apoyo y pudo aclarar temas académicos. Los que comentaron que fueron poco útiles adujeron que se debió a la falta de tiempo tanto del profesor como del alumno para reunirse y que a veces se habló de problemas pero que no se buscaban soluciones y/o que las propuestas no fueron provechosas.

En general se destacó como problema la falta de tiempo para acudir a las tutorías, algunos alumnos opinaron que los objetivos de las tutorías eran poco claros para algunos profesores, aunque, 7 de los asesores (54%) fueron reconocidos por su interés, experiencia y capacidad para manejar las tutorías, tanto en el plano académico como en las relaciones interpersonales. Sugieren que todos los tutores que se seleccionen tengan más tiempo e interés y de manera espontánea manifestaron que este programa es tan importante que se debería extender a toda la facultad.

Profesores:

De los 13 profesores-tutores que participaron, se obtuvieron 9 (69%) cuestionarios completos, 2

(15%) respondieron sólo con un pequeño comentario por lo que fueron eliminados del análisis y 2 (15%) no regresaron el cuestionario.

Los profesores-tutores señalaron 12 problemas escolares iniciales, los más frecuentes se aprecian en el *cuadro 3*.

El manejo que dieron los tutores a los problemas presentados, se agruparon en tres acciones principales:

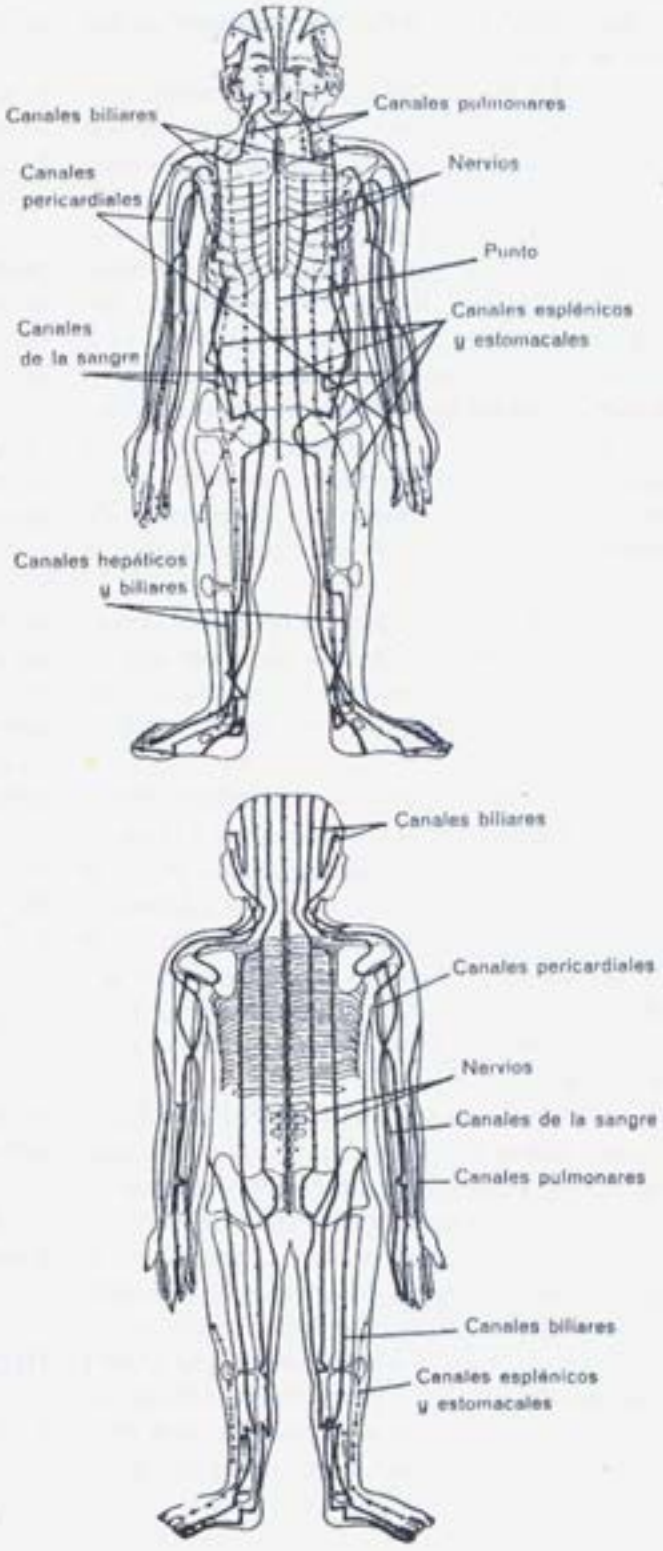
a) Apoyo emocional al alumno, que incluyó: tranquilizarlo, escucharlo y ayudarlo a identificar claramente sus problemas.

b) Orientación y canalización de acuerdo al problema presentado, como: fuentes de información, bibliografía, manejo de la relación con sus profesores y cuándo fue necesario, encauzarlos hacia tratamiento médico-psicológico.

c) Apoyo académico directo: cómo mejorar métodos de estudio y revisión de trabajos sugeridos, entre otros.

Es importante destacar que seis de los 9 profesores-tutores, detectaron en los alumnos problemas de índole personal como: dificultad para adaptarse a un nuevo ambiente, manejo de relaciones interpersonales, síntomas de angustia y depresión y en menor proporción problemas personales; su manejo como en los problemas escolares se concretó a dar apoyo, orientación y canalización de acuerdo a la situación específica.

A la pregunta de si además de los temas tratados por los alumnos, hubo oportunidad de abordar otros, 6 profesores contestaron afirmativamente, entre éstos, sobresalen: las opciones profesionales para el



Puntos de acupuntura

futuro (83%), métodos de estudio (67%), lecturas adicionales (50%) y la conducción emocional de sus problemas (83%).

En su mayoría (78%) los profesores-tutores, consideraron que las tutorías fueron fructíferas, porque ayudan a ubicar al alumno cuando ingresa a la carrera en el manejo de los problemas académicos más frecuentes, lo escuchan y apoyan, disminuyendo tensiones y dando respuesta a sus inquietudes. Dos señalaron que no pudieron valorar la utilidad de sus asesorías, fenómeno que verbalmente comentaron otros profesores pero no lo incluyeron en su reporte. Esto se asocia cercanamente con la retroalimentación que dicen haber recibido de los alumnos, pues 6 constataron por apreciación de sus alumnos que sí les fueron provechosas sus intervenciones.

En lo que respecta a los puntos mencionados por los alumnos en relación a sus asignaturas, los comentarios resultaron diversos, pero se pudieron agrupar de acuerdo a las siguientes situaciones comunes.

a) Contenidos: en 4 asignaturas (Anatomía, Biología del Desarrollo, Biología Celular y Tisular y Bioquímica e Inmunología), dijeron que había exceso de información y carga académica y que de acuerdo con el programa para NUCE, no se respetó la reducción de dichas cargas. Sin embargo, en 3 de estas asignaturas los profesores fueron calificados como buenos y las materias como importantes y útiles.

En Psicología Médica, y Salud Pública, no argumentaron problemas en cuanto a contenidos, más bien, señalaron lo satisfactoria, aburrida o interesante que les resultó la clase del profesor.

b) Exámenes: no hay consenso entre las asignaturas ni entre los dos grupos NUCE acerca de la dificultad, claridad o correlación de los objetivos de la materia con los exámenes, pues igual califican un examen fácil o difícil, bueno o malo. La excepción la constituyó una asignatura cuyo examen fue apreciado en general como muy difícil y a veces que evaluaba contenidos no vistos.

Discusión

De los objetivos planteados en el programa de asesoría a los alumnos NUCE por profesores-tutores, encontramos que fue posible involucrar personalmente y en forma satisfactoria a la mayoría de los profesores y alumnos.

A casi todos los alumnos se les proporcionó en forma individualizada la ayuda académica apropiada a las exigencias del primer año de la carrera dentro de un clima de confianza mutua y cierta proyección extracurricular.

Observamos que las habilidades de los profesores-tutores, a pesar de presentar algún grado de inseguridad personal, satisfizo las necesidades y expectativas de los alumnos en la mayor parte de los casos.

Consideramos que las fallas y defectos del programa se debieron a falta de experiencia de los profesores, el no contar con el tiempo suficiente para las asesorías y en algunos casos al desinterés o poco convencimiento de los mismos.

Por parte del alumno, las deficiencias se manifestaron por un curriculum sobrecargado, sobre todo en tiempo, así como por la dificultad de relacionarse con su tutor. La percepción tanto de alumnos como de profesores fue que podría tener mejores resultados si se soluciona el problema de tiempo y existe mayor compromiso entre las partes.

Los resultados encontrados en este estudio sugieren que el problema de asesorías a través de la figura de un profesor-tutor, mejora el estado tensional e indirectamente la relación profesor-alumno y facilita la solución de algunos de los problemas más frecuentes al ingreso a la carrera de Medicina, aunque se requiere de mayor organización y preparación del tutor, por lo que se propone continuar con el programa con un diseño que permita una evaluación más objetiva y de acuerdo a sus resultados, valorar la factibilidad de extenderlo a un mayor número de alumnos.

Bibliografía

1. Foulloux C, Petra I, Romero M. González-Uribe L. Fuentes de estrés en estudiantes de Medicina. Rev Fac de Med UNAM 1994;37(3):132-136.
2. Petra Y, Talayero JA. La escuela de procedencia como factor de opinión que tienen los alumnos de su Facultad de Medicina. Rev Fac de Med UNAM 1994;37(3):126-131.
3. Wolf TM. Stress coping and health: enhancing well being during medical school. Med Educ 1994;28(1):18-25.

4. Coles C. Learning to cope: Stress and medical career development in the United Kingdom Med Educ 1994;28(1):18-25.
5. Cottrell DJ, McCrorie P, Perrin F. The personal tutor system: An Evaluation Med Educ 1994;28(6)
6. Baum S, Pérez MJ. El programa de becas Maimónides: Una alternativa en la Facultad de Medicina. Memorias. Panel de Expertos. La orientación educativa en la licenciatura y su vinculación con el bachillerato. Secretaria de Servicios Académicos. Dirección General de Orientación Vocacional, UNAM, 1994:159-161.
7. Baum S, Pérez MJ, Caballero JH. Las tutorías en la Facultad de Medicina. Memorias. Panel de Expertos. La orientación educativa en la licenciatura y su vinculación con el bachillerato. Secretaria de Servicios Académicos. Dirección General de Orientación Vocacional, UNAM, 1994:125-127.

Corresondencia:
Ma. Teresa Cortés
Facultad de Medicina
Sria. de Enseñanza Clínica, Internado y Servicio Social
Edificio "B" 3er. Piso
Ciudad Universitaria (Circuito Interior) Coyoacán,
México, D.F.Teléfono 623-2421 Fax: 623-2413

Aprendizaje de la fisiología para un examen extraordinario en la Facultad de Medicina de la UNAM

B. Barrera Mera,* E.O. Hernández Ochoa,* E. Barrera Calva*

RESUMEN

Se describen los resultados de un curso intensivo de Fisiología a 49 de 500 alumnos que presentaron el examen extraordinario de esa materia en la Facultad de Medicina. La eficiencia del presente ejercicio se ilustra como un fenómeno dependiente de la metodología utilizada para remediar el problema de las dificultades en la adquisición de información durante el curso natural de esa asignatura.

Palabras clave: Fisiología, examen extraordinario, metodología de aprendizaje.

SUMMARY

The results of an intensive course in Physiology given to 49 out of the 500 medical students from the UNAM (National Autonomous University of Mexico) Medical Faculty to whom the extraordinary test of said discipline was administered are described. The efficiency of the actual excercise is illustrated as a dependent phenomenon of the methodology used to solve the problem of the difficulties in the acquisition of information during the regular course of such assignment.

Key words: *Physiology, extraordinary test, methodology of learnship*

INTRODUCCION

El análisis del conocimiento científico así como la naturaleza del aprendizaje actualmente se encuentran en investigación continua.[1,4,5] De manera que en las actividades del aprendizaje en los seres humanos, entre otras, se pueden explicar, predecir y controlar algunas de sus variables. Entre las variables más importantes; el carácter de los fenómenos conductuales[7] explica las complejas diferencias entre las actividades humanas. Así por ejemplo la vinculaciòn en la relación entre el profesor y sus alumnos se presenta con un carácter intencional. Y de la proyección de experiencias en esa vinculación el aprendizaje es una justificación fundamental. Por lo que resulta de interés conocer lo que el maestro ofrece a sus alumnos para mejorar sus habilidades en la adquisición de información. Y ante una inadecuada interacción con su profesor le ofrecimos un curso interactivo intensivo y opcional. De manera que esa actividad se orientó a remediar y complementar aquellos aspectos poco entendibles de un curso normal de Fisiología Humana. Y puesto que algunos alumnos requieren de condiciones especiales para al-

* Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina, UNAM.

canzar el mínimo de conocimientos requeridos para aprobar esa materia, ante la última oportunidad la de un examen extraordinario, se ideó como opción el ejercicio antes citado a manera de curso completo. A éste asistieron 49 voluntarios de los 500 estudiantes reprobados (Agosto 1995). El curso incluyó además de exposiciones teóricas y sus evaluaciones, el uso complementario de carteles alusivos.

MATERIAL Y METODOS

Para el presente estudio contamos con la actividad voluntaria (*Tabla 1*) de 31 alumnas (63.2%) y 18 alumnos (26.7%) cuyas edades varían de los 19 a los 21 años de edad. La duración del curso fue de 9 a 12 horas diarias, hasta por 9 días, de acuerdo con los deseos de cada uno de los participantes y en base a sus necesidades, según el nivel de conocimientos que requerían de los conceptos básicos del curso de Fisiología Humana.

La asistencia para doce de ellos fue de 1 a 5 días, y el resto asistió a las 9 sesiones.

El curso incluyó 3 métodos de enseñanza-aprendizaje; a) Explicación teórica; b) la exposición de carteles; c) la evaluación autoanalizada. Todos los días se dieron explicaciones a) teóricas de 40 minutos; b) descripciones ante diversos carteles. Cada cartel contenía integrada la mayor cantidad de información relevante sobre un tema de difícil comprensión. Entre éste, tenemos por ejemplo el tema de la excitabilidad en el que el umbral y la participación de los elementos resistivo-capacitativos de corrientes iónicas y los efectos de la estimulación catódica o anódica (*Figura 1*) se integran para

Cuadro 1
Número de individuos que asistieron al curso intensivo. Los datos 1-31 y 1-18 corresponden a las alumnas y alumnos cuyo número de cuenta también se reporta.

1.-	BPM	9120307-0	26.-	SVF	8921050-5
2.-	BPL	8908711-6	27.-	RSE	9019819-9
3.-	ASS	9116488-9	28.-	RZZ	8911300-4
4.-	CLF	8719464-5	29.-	VFW	8926070-6
5.-	DVC	9103971-6	30.-	ZVE	8931162-6
6.-	CBA	8835708-1	31.-	TPL	9116700-0
7.-	GRD	8923824-6			
8.-	GAA	8833380-5	1.-	ARJ	8812869-0
9.-	JAB	9025565-0	2.-	COR	9808811-3
10.-	HDM	9018060-2	3.-	GMR	8731074-0
11.-	HPE	9027860-5	4.-	FMJ	9252660-0
12.-	MBS	9025661-9	5.-	IOA	8904732-7
13.-	MMR	9127330-1	6.-	GCJ	9121169-1
14.-	LMM	9033297-3	7.-	LAJ	9254946-3
15.-	LGS	8923363-6	8.-	MME	8921835-0
16.-	MLM	8750747-2	9.-	MCA	9127802-1
17.-	NGG	9120940-5	10.-	MPM	9137393-7
18.-	OFM	9134164-2	11.-	RNE	9126590-0
19.-	OGV	8938856-1	12.-	RQE	9005819-0
20.-	ORE	9024448-5	13.-	RCR	8814991-6
21.-	MCB	9352187-3	14.-	PRA	9126622-0
22.-	MVR	9120998-6	15.-	SRJ	9128839-2
23.-	SBC	8906239-7	16.-	SSZ	9135678-1
24.-	SCA	8914821-1	17.-	VTJ	8706011-5
25.-	SDE	8927215-0	18.-	GMA	8800137-5

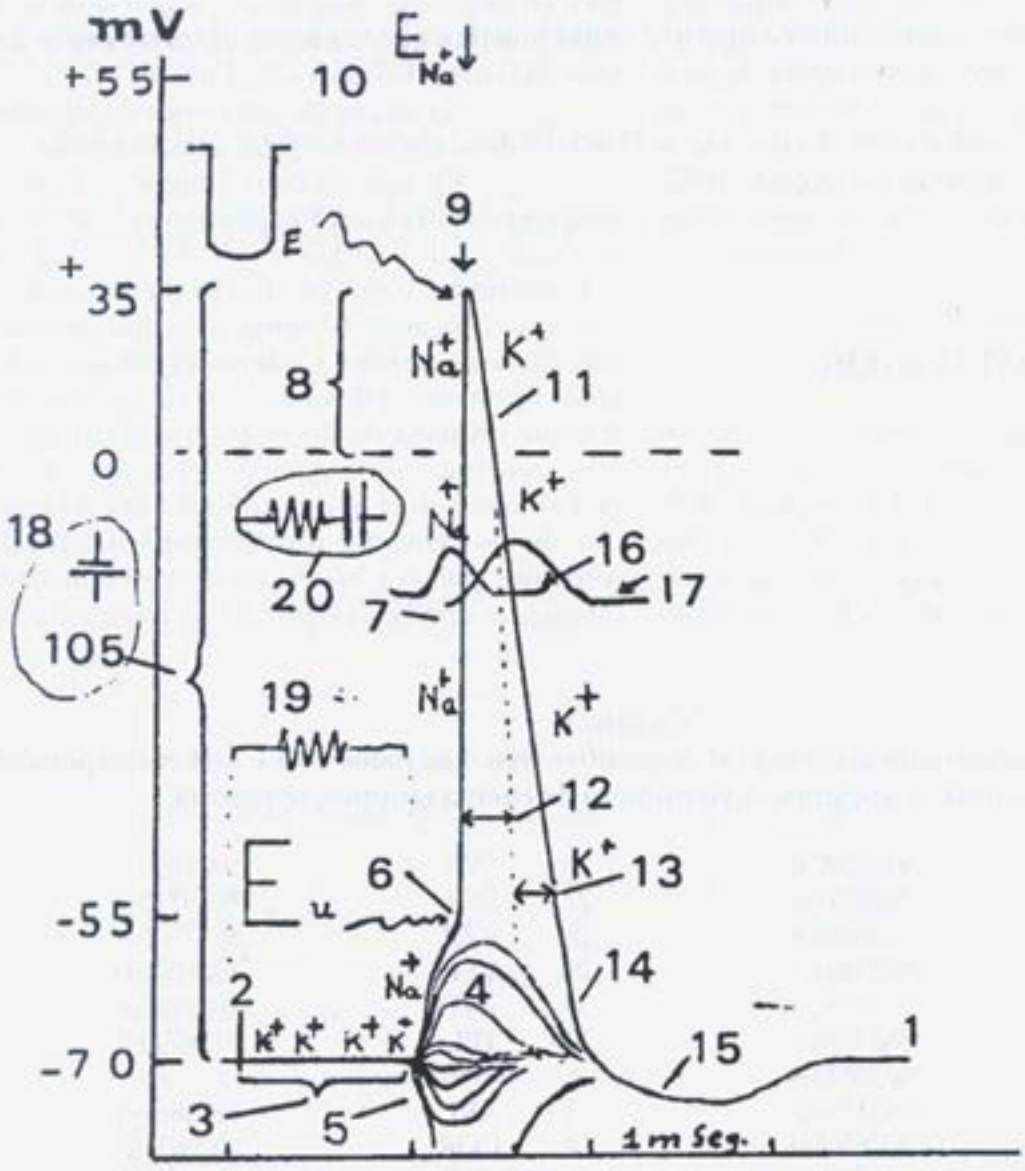
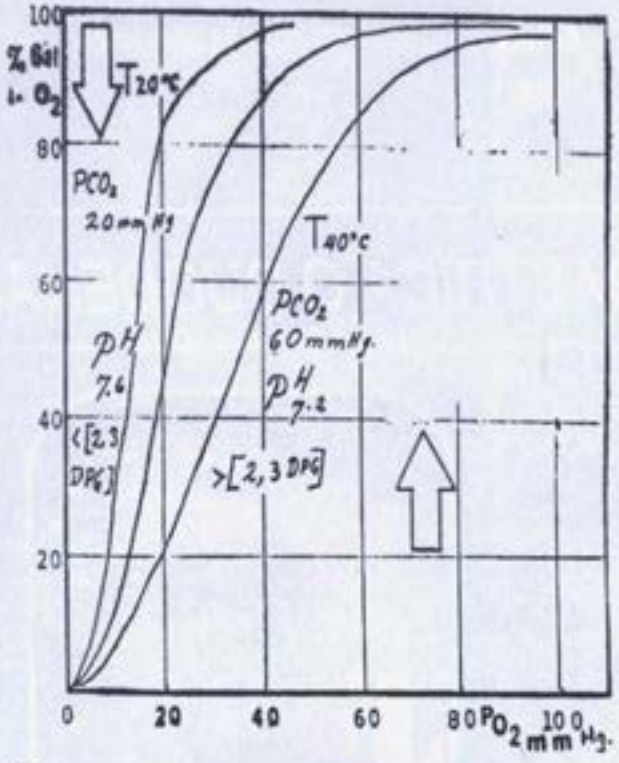


Figura 1

1. *Potencial de membrana.*
2. *Artefacto del estímulo.*
3. *Periodo de latencia.*
4. *Respuestas locales.*
5. *Con estímulos anódicos.*
6. *Punto de menor umbral.*
7. *Parte Asc. de la espiga.*
8. *Inversión del potencial.*
9. *Equilibrio del sodio.*
10. *Equilibrio teórico para el Na+*
11. *Pte. Desc. de la espiga.*
12. *Pdo. refractario Absol.*
13. *Periodo Refr. relativo*
14. *Posdespolarización.*
15. *Poshiperpolarización.*
16. *Conductancia al Na+*
17. *Conductancia al K+*
18. *Potencial de acción y su dependencia la pila.*
19. *3 Depende de la resistencia de la membrana.*
20. *4 y 5 dependen de las propiedades resistivocapacitivas de la membrana.*

El pobre umbral y gran excitabilidad (6) y lo inverso (9) también se ilustra.



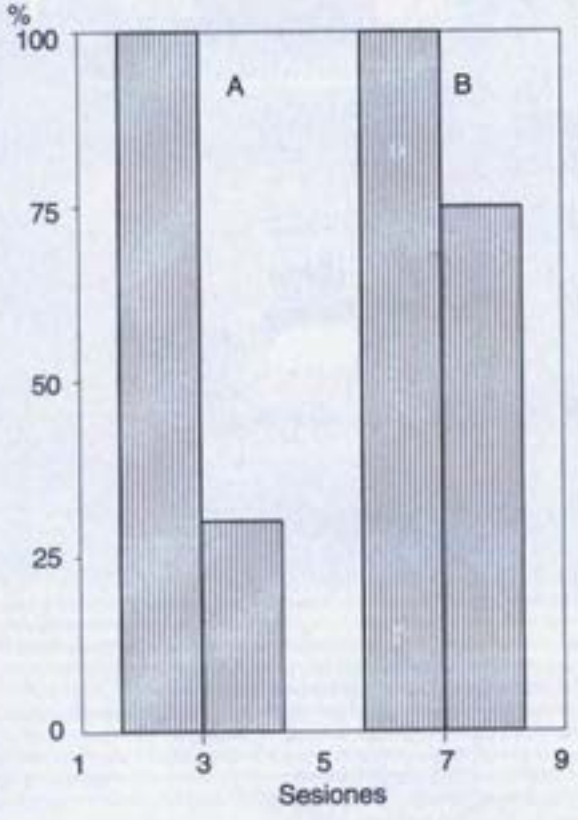
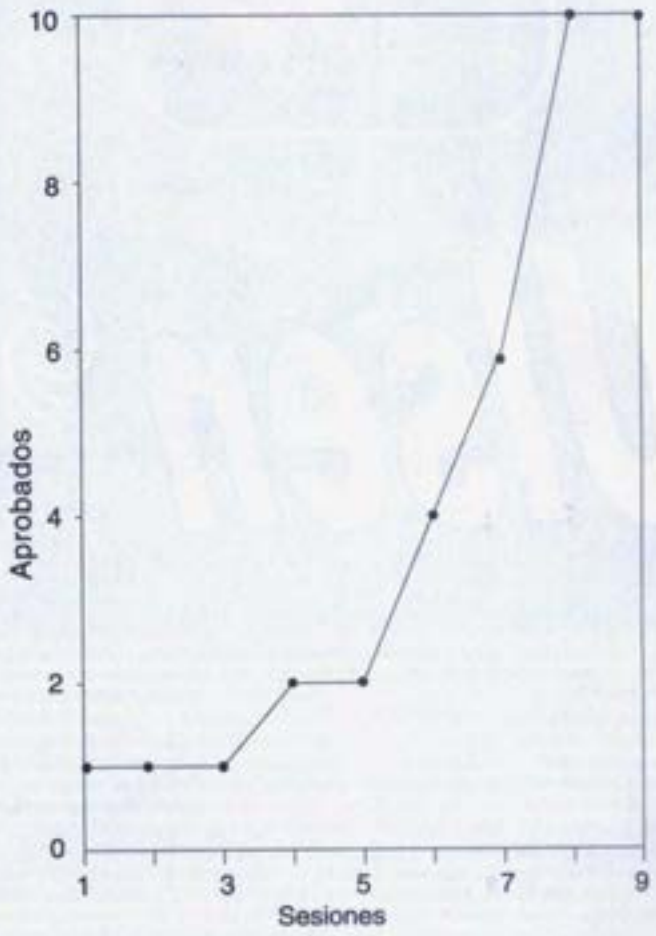


Figura 3.
Porcentaje de alumnos aprobados (292) de la población general (A) y de los alumnos del curso del que aprobaron el 75%. Estos (A y B) pertenecieron a 17 de los 32 diferentes grupos del segundo año.

ilustrar en conjunto con otros componentes y eventos consecuentes el proceso fundamental del control neural de la conducta.

En otro de los múltiples carteles se ilustró en una sola gráfica, cómo los aumentos en la temperatura, la concentración de hidrogeniones, del bióxido de carbono y del 2,3 difosfoglicerol, son capaces de desviar la curva de la disociación de la hemoglobina hacia la derecha. Fenómeno que habitualmente los autores presentan por separado y a primera vista el estudiante no tenía una idea integrada del fenómeno, lo que repercute en su capacidad para comprender y por ende manifestar un pobre interés en esos importantes conceptos (*Figura* 2).

Características generales de los carteles:
Cada cartel contenía información:



- Actúa exclusivamente en las células parietales del estómago, por lo que carece de efectos sistémicos.
- A diferencia especialmente de cimetidina, no provoca ginecomastia, impotencia, confusión ni aumento de la creatinina.
- Un camino diferente en la inhibición de la secreción ácida.
- Reduciendo el 80 % de la secreción ácida de 24 hrs.

EN LA ULCERA PEPTICA, GASTRICA O DUODENAL.

Ulsen

ULSEN (OMEPRAZOL) Cápsulas. FORMA FARMACEUTICA Y FORMULACION: Cada cápsula contiene: omeprazol 20 mg Excipiente c.b.p. 1 cápsula. INDICACIONES TERAPEUTICAS: Esofagitis por reflujo, úlcera gástrica, úlcera duodenal, Síndrome de Zollinger-Ellison y en todos aquellos estados hipersecretores en donde se requiera el tratamiento con un fármaco bloqueador de la bomba de protones. CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad a los componentes del medicamento, embarazo. PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD. El uso de omeprazol en niños, embarazadas o en mujeres lactando no ha sido investigado. Como norma en todo medicamento nuevo, no se recomienda su uso en estos pacientes. Tras la terapia con omeprazol no se han observado efectos mutagénicos, teratogénicos ni sobre la fertilidad. REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: omeprazol es bien tolerado y raramente causa efectos secundarios de importancia clínica, siendo los más frecuentes: diarrea, náuseas, dolor abdominal, cansancio, mareo, cefalea y parestesias. Estos efectos generalmente fueron moderados, transitorios y no requirieron de la reducción de la dosis. INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GENERO: Los resultados obtenidos hasta la fecha indican que omeprazol altera el metabolismo oxidativo hepático (citocromo P-450) de algunos fármacos metabolizados por esa vía, como la fenitoína. PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS: En pacientes con S. de Zollinger-Ellison que recibieron dosis de hasta 360 mg/día durante 4 años y a los que se les realizó biopsia de mucosa gástrica, no se observó evidencia de hiperplasia de las células enterocromafines y por lo tanto de tumores carcinoides, aunque es necesario un mayor número de estudios. DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION: La dosis habitual para el adulto en el tratamiento de úlcera péptica ya sea gástrica o duodenal y esofagitis por reflujo es de 20 mg al día por las mañanas y continuarse el tratamiento hasta la cicatrización lo que ocurre aproximadamente en 2 a 4 semanas en las úlceras duodenales y de 4 a 8 semanas en las úlceras gástricas y esofagitis por reflujo. Para aquellos pacientes que sean resistentes, se recomienda duplicar la dosis. En el S. de Zollinger-Ellison la dosis inicial es de 60 mg al día, en estos pacientes si la dosis requerida es mayor de 80 mg al día, ésta deberá ser dividida en dos tomas. SOBREDOSIFICACION O INGESTA ACCIDENTAL MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTIDOTOS): Hasta el momento no se han reportado. PRESENTACIONES: Caja con 7 cápsulas de 20 mg cada una. Caja con 14 cápsulas de 20 mg cada una. RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO: El envase contiene una sustancia desecante protectora de las cápsulas, que son sensibles a la humedad, por lo que se recomienda mantener el envase siempre bien cerrado. LEYENDAS DE PROTECCION: Literatura exclusiva para médicos. No se deje al alcance de los niños. Su venta requiere receta médica.

Hecho en México por:
Laboratorio Senosiain S.A. de C.V.
Camino a San Luis Rey No. 221
Ex Hacienda de Santa Rita, Celaya, Gto.
Número de Reg. 030M91 S.S.A.
Clave AEAR-20030/94 I.P.P.R.
Clave IEJ-23861/94

Ulsen®
SENOSIAIN

Ya no es necesario...

Ahora eficacia con menos dosis

CIPROFLOX

ANTIMICROBIANO

- Bien tolerado.
- No es inactivado por enzimas.
- Carece de toxicidad auditiva, renal, hepática y ocular.
- No requiere ajustar dosis en pacientes con insuficiencia renal.

CIPROFLOX (Ciprofloxacino) cápsulas. Antimicrobiano de amplio espectro FORMA FARMACEUTICA Y FORMULACION: Cada cápsula contiene: Clorhidrato de ciprofloxacino monohidratado equivalente a 250 y 500 mg de ciprofloxacino. Excipiente c.b.p. 1 cápsula. INDICACIONES: Infecciones osteoarticulares, ginecológicas, respiratorias, de oído medio, sinusitis, de tejidos blandos, vías urinarias, de los órganos genitales, fiebre tifoidea, shigelosis y cualquier proceso infeccioso bacteriano producido por gérmenes sensibles. CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad a el ciprofloxacino o a otras quinolonas, menores de 18 años, embarazo y lactancia. PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD. CIPROFLOX: no produce efectos mutagénicos, teratogénicos ni sobre la fertilidad. No se ha establecido su seguridad en mujeres embarazadas. Ya que el ciprofloxacino es distribuido en leche materna y debido a que se han observado alteraciones del cartílago de crecimiento en animales de laboratorio deben evaluarse los posibles riesgos beneficios para la paciente y el producto. REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:. Reacciones gastrointestinales (náuseas, anorexia, meteorismo, dolor abdominal, dispepsia, diarrea, vómito); del S.N.C. (cefalea, cansancio, insomnio, irritabilidad, tinnitus,); hipersensibilidad (tipo rash cutáneo, prurito, fiebre); de la musculatura esquelética; cardiovasculares (taquicardia). INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GENERO: Bajo la administración oral, los antiácidos que contienen minerales reducen la absorción del ciprofloxacino. El ciprofloxacino puede aumentar el nivel sérico de teofilina con un aumento de la vida media de eliminación de esta última (por lo que se recomienda ajustar la dosis). En el uso concomitante con ciclosporina se ha observado aumento de la creatinina sérica. La administración de CIPROFLOX junto con glibenclamida puede potencializar el efecto de está última. PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS: Como cualquier otro ácido orgánico, este fármaco debe emplearse con precaución en pacientes con antecedentes de crisis convulsivas (epilépticos y/o enfermos con lesión del S.N.C.). No se ha establecido la eficacia y seguridad en pacientes pediátricos, por lo que se recomienda no utilizarlo en aquellos pacientes que no han alcanzado la pubertad. Hasta el momento no se han demostrado efectos carcinogenéticos. DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION: Oral. se han realizado diversos estudios clínicos, que revelan que dependiendo del sitio de localización de la infección, gérmen causal y estado clínico del paciente en cuestión se puede utilizar de 500 a 1500 mg/día de ciprofloxacino por el tiempo que juzgue necesario el clínico, dividido en dos dosis al día. Se recomienda dosis única de 500 mg en el tratamiento de Uretritis gonocócocica no complicada. La duración del tratamiento debe prolongarse de 48 à 72 horas después de la desaparición de la fiebre o de los síntomas clínicos se recomienda en: Gonorrea aguda 1 día, infecciones renales, vías urinarias y cavidad abdominal 7 días, en la fase neutropénica de pacientes con defensas disminuidas, osteomielitis 2 meses, en infecciones por Estreptococo y Clamidia 10 días y de 7 a 14 días en las otras infecciones. Se recomienda reducir la dosis si el aclaramiento de creatinina esta por debajo de 20 ml/min. o cuando la creatinina sérica sea mayor de 3 mg/100 ml, se administrará la mitad de la dosis normal cada 12 horas o la dosis normal cada 24 horas. SOBREDOSIFICACION O INGESTA ACCIDENTAL MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTIDOTOS): Hasta el momento no se han reportado, pero en caso de que se llegaran a presentar se recomiendan medidas de sostén como lavado gástrico y la administración de carbón activado. PRESENTACIONES: CIPROFLOX caja con 12 cápsulas de 250 mg. CIPROFLOX caja con 12 cápsulas de 500 mg. CIPROFLOX caja con 6 cápsulas de 500 mg. RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO: Manténgase en lugar fresco y seco. LEYENDAS DE PROTECCION: Literatura exclusiva para médicos. No se deje al alcance de los niños. Su venta requiere receta médica.

Hecho en México por:
Laboratorios Senosiain S.A. de C.V.
Camino a San Luis Rey No. 221
Ex. Hacienda de Santa Rita, Celaya, Gto.
No. de Regs. 303M87 y 004M91 S.S.A.
Clave: CER-3929/94 AEJR-32139/95 I.P.P.R.

CIPROFLOX®
SENOSIAIN

CIPRO-01-94A

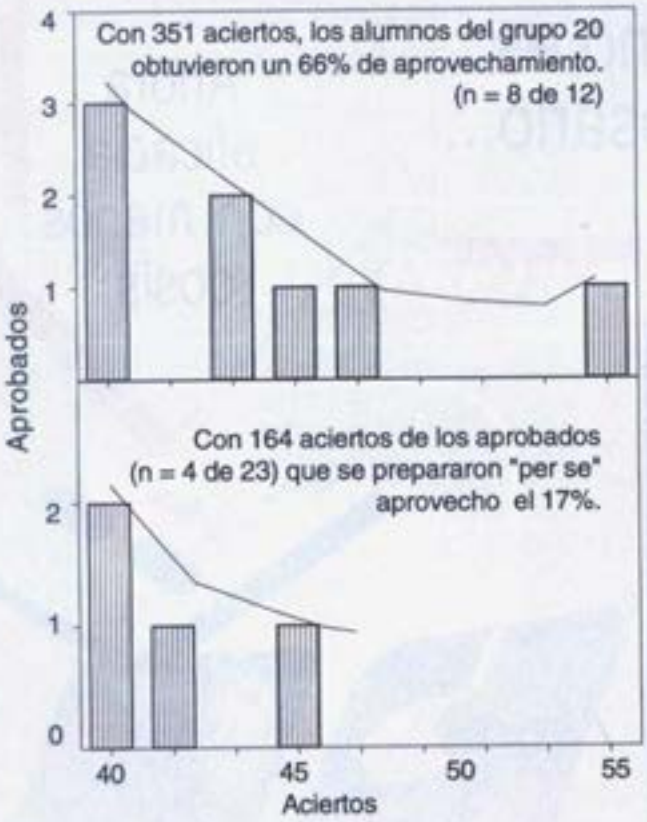


Figura 5.
Resultados de un solo grupo (2020)

1) Integrada.

2) Ordenada de manera secuencial.

3) Básica carente de datos triviales.

4) Con nivel o profundidad mayor del que requiere el estudiante de licenciatura.

5) Con encuadre temático central y de consecuencias más directas, con señalamiento de: a) los procesos que más le afectan, y de b) las consecuencias más significativas.

Se aplicó una serie de seis cuestionarios, inmediatamente calificados y discutidos acerca de cada tema revisado, que servía para concientizar a cada alumno en las áreas que comprendieron, o no de los aspectos tratados. Uno de los aspectos que más se atendieron fue el de encontrar cuál era la intención de cada pregunta y cómo proveer en el estudiante la capacidad de identificar dónde estuvo su error.

RESULTADOS

El curso fue evaluado basándonos en: 1) La comparación entre el número de asistencias y el aprovechamiento de cada individuo, medido por el número de alumnos aprobados en el examen extraordinario. La *figura 3* muestra claramente los efectos de la asistencia, que para siete alumnos fue de 1 a 5 días. Y conforme ésta fue mayor, el número (30) de aprobados creció de manera proporcional con el tiempo dedicado. Esta correlación permite apreciar que con seis a nueve sesiones los estudiantes lograron efectivamente contestar correctamente la mayoría de los reactivos del examen que presentaron. 2) Comparando el rendimiento de la población experimental con la población que no tomó el curso (grupo control) de 450 alumnos y que presentaron el examen extraordinario. El total correspondió al 10% de la población que presentó el examen extraordinario, y aprobaron el 75% (*Figura 4*) del grupo de estudio en comparación con el 27% del grupo control. 3) Analizar los efectos dentro de alumnos provenientes de un mismo grupo, 12 del subgrupo experimental y 23 del grupo control, pertenecientes a un solo grupo (2020) y que presentaron el mismo examen (*Figura 5*). Al parecer este grupo era un conjunto de individuos en condiciones ideales desde el punto de vista experimental. Ya que todos reprobaron durante el curso ordinario y se tuvieron que presentar al examen extraordinario.

De manera que en este caso, el curso sirvió no sólo para ofrecerles las ventajas del método, sino que, también nos permitió contrastar los efectos en un grupo que fueron expuestos a las mismas variables de aprendizaje, es decir, que estuvo bajo la misma influencia en cuanto a la cantidad y cualidad de información recibida durante el presente año escolar.

Los que impartimos la instrucción, observamos una notable mejoría en los estudiantes. De acuerdo con el tipo de preguntas cada vez más difíciles y el número de aciertos. El estudiante en general mostraba más interés, lo que nos

anticipó un buen desempeño del examen que éstos sustentarían. Los alumnos manifestaron que en efecto sería muy difícil olvidar esa información y de esa manera el creciente interés tuvo consecuencias gratificantes inmediatas.

DISCUSION

La adquisición de información ha venido a constituir una verdadera exigencia que pone en tensión a nuestros estudiantes a quienes se les ha planteado reiteradamente la necesidad de alcanzar su excelencia académica. El aprovechamiento del tiempo que el estudiante emplea en analizar, entender y discutir la información que contienen los carteles así como en analizar los cuestionarios programados resultaron ser superiores si lo comparamos con la sola explicación discursiva o la proyección de una serie de diapositivas. En contraste con ambos casos el cartel resulta tener notables ventajas. Conviene señalar que debido a la gran cantidad de información que contienen los programas de las distintas asignaturas obligatorias a menudo no se logra revisar o comprender. Por lo que la falta de integración entre otros, es uno de los motivos de fracaso en aprobar en exámenes ordinarios. Comparado con años anteriores y ante la creciente exigencia de los programas, el número de alumnos reprobados va en aumento, hecho que resulta desventajoso, tanto para ellos como para sus profesores y también para los cuadros directivos y para el personal de la programación escolar.

Dada la importancia de mejorar este fenómeno incapacitivo que deteriora la persona en varias esferas de su vida, en momentos importantes de su desarrollo; logramos ejercitar y promover aquellos complejos procesos que permitirían alcanzar los cambios propios del aprendizaje.[4,8] En esta tarea al parecer logramos una verdadera reorganización de la conducta del estudiante. Durante nuestro curso el estudiante logró sus propósitos. Mantuvo una atención tónicamente sostenida. Esta la logramos interrumpir a intervalos de 12-15 minutos para comprobar el seguimiento a las presentaciones temáticas. Interrupciones programadas además nos permitieron romper la monotonía que pudo dar algún estado notable de habituación mental[9] propio de largos tiempos de atención. Se logró provocar cambios como el de orientación dirigida positiva y de orientación e indagación.[2,7] Como puede apreciarse y volviendo a la cuantificación de nuestros resultados, obtuvimos muestras alentadoras en haber ofrecido un curso completo e intensivo, debido a que al igual que en otras ramas del conocimiento, el contenido temático de esta disciplina se incrementa a cada instante. Para fines prácticos, éste es un estudio en el que se logró valorar una de las actividades funcionales de mayor jerarquía cerebral.

Así dado el desarrollo del conocimiento, los estudiantes como sus maestros se encuentran ante el nuevo e interesante reto; adquirir información que dará las bases más racionales al ejercicio de una práctica médica más científica. El haber utilizado la información primero de la manera más completa posible así como asociada con otros aspectos con los que se relaciona y la complementa, resultó una provechosa experiencia. Sobre todo para el conjunto de estudiantes con los que trabajamos. La mayoría no aprobó exámenes parciales (n-3) ni finales (n-2). Así se evitó que los alumnos pudieran haber llegado a condiciones de castigo de su conducta si no hubieran aprobado. En la mayoría de ellos se evitaron aquellas reacciones aversivas ante las "resistencias invencibles" del cuestionario del examen al que se enfrentaron. Para muchos de ellos este creciente caudal de conocimientos al que se enfrentaban *"de novo"* les resultaba sorprendente, ahora era fácil de comprender según sus propias expresiones. Es decir, la asociación de la mayoría de eventos fisiológicos fue posible. La sistematización de los datos de las diferentes unidades temáticas, les permitió obtener en muy corto tiempo según los resultados presentados (*Figuras 4* y *5*) una eficiencia indiscutible. El 75% de aprovechamiento es un hecho que refuerza el propósito de nuestros objetivos.

REFERENCIAS

1. Azodaga JE, B. Dermannad, P.A. Iglesias. Alteraciones del aprendizaje; Diagnóstico, fisiopatología y tratamiento.

2. Brunner JS. On dnowing essay for the laft hand. New Yord Artheneum 1965.
3. Cronbach LJ. Educative psychology. Harcut B. and World Inc. 1975.
4. Garner XR. Uncertainty and structure as psychological concepts. New York, John Wiley, 1962.
5. Lafourcade PD. Planteamiento, conducción y evaluación en la enseñanza superior. Kapelusz, Buenos Aires, 1974.
6. Larroyo F. Pedagogía de la enseñanza superior. Editorial Porrúa. México, 1965.
7. Schmidt RF, and G. Thews. Fisiología Humana. Interamericana McGraw-Hill, 1992.

Los escenarios de la práctica clínica y la calidad en la educación médica

Dr. Joaquín López Bárcena.

Los escenarios de la práctica clínica relacionados con la calidad en la educación presentan diferentes facetas, trataremos algunas de ellas con un enfoque práctico, con la intención de modificar lo que hacemos al respecto.

Esta presentación se basa en comentarios y reflexiones en relación a lo que ocurre en la práctica clínica en la formación de los médicos.

¿Cuál es el escenario real de la práctica clínica?. Quisiera que no se interpretara como que todo está mal, en realidad, tiene muchas cosas buenas, muchas muy positivas que en su momento también analizaremos, pero en este caso vamos a destacar algunos de los problemas que se han planteado en esta etapa de la carrera de medicina.

Lo primero que podemos decir es que los sitios donde se desarrolló la práctica clínica para la formación de los médicos en este país, en la gran mayoría de los casos son independientes de la escuela de medicina en donde están inscritos, es decir, que las instituciones de salud son independientes de las educativas, esto ocasiona un problema de incongruencia de acciones, de objetivos y de intereses.

También ocurre que un mismo campo clínico es utilizado por más de una escuela y que la institución de salud ofrece este campo clínico en función de necesidades asistenciales. Al haber diferentes escuelas en un mismo campo clínico también hay diferentes programas educativos, en los cuales el producto esperado es el mismo, pero el proceso de formación es diferente.

Sin embargo, cuando hablamos de campo clínico, estos programas educativos, se cumplen de manera parcial ya que son adecuados por la institución de salud al grado de llegar a elaborar sus propios programas, que en ocasiones ya no son a nivel institucional sino para un solo hospital. Un hospital decide hacer su programa académico operativo para recibir alumnos independientemente de donde procedan; el alumno obviamente entra en un estado de confusión, porque él proviene de una escuela en donde le indican un programa académico que tiene que cumplir y en el campo clínico a donde llega, tiene que apegarse a otros programas académicos, esto en el mejor de los casos, en otros sucede que el alumno desconoce el programa académico de la escuela o bien esté incompleto, (hay algunas escuelas cuyos programas no abarcan toda la carrera, como sucede con el internado, no tiene programa académico para ese año, entonces se lo dejan al campo clínico.

¿Qué ocurre con los profesores? el profesor está confundido, no sabe qué programa académico hay que seguir, si tiene simultáneamente tres alumnos y los tres proceden de diferente escuela, el hospital no le aclara bien qué tiene que hacer con los alumnos, entonces él diseña su propio programa.

Por otro lado, los programas, tanto los académicos como los operativos, especifican cuáles destrezas se tienen que alcanzar en la clínica, pero si se revisan dichos programas en la gran mayoría no queda claro cómo el alumno va a alcanzar esa destreza, valga el ejemplo,: "el alumno aprenderá a hacer historias clínicas", pero no se específica cuántas historias clínicas deberá hacer un alumno para alcanzar la habilidad suficiente para la anamnesis, ¿de qué manera lo va a alcanzar? no nada más es la cantidad, sino ¿cuál va a

ser la metodología? lo que sucede en realidad en el campo clínico es que al alumno se le dice: "aquí está una guía de lo que se debe hacer en una historia clínica, ve a hacer la historia, y después será revisada". En otros casos nunca le revisan la historia clínica al alumno, ¿cómo las aprendió a hacer? ¿las aprendió a hacer? Son dudas que quedan. Hay profesores del posgrado que se quejan y con mucha insistencia de que un buen número de alumnos que llegan al posgrado no saben hacer una historia clínica. Entonces tal vez esta falta de especialidad en cuanto a lo que se tiene qué lograr influye en alguna medida. Es de hacer notar que en general el alumno aprende cómo obtener la información a través del interrogatorio y el examen físico pero no aprende a utilizar esta información, a ordenarla, a priorizar, a plantear hipótesis, proponer cómo comprobarlas y tomar decisiones, o sea, no aprende a utilizar el proceso de razonamiento clínico. Los alumnos tienen, en los horarios distribuidos en los hospitales, un modelo muy utilizado, reciben una clase teórica en la mañana a una primera hora, después realizan lo que se llama práctica clínica, las siguientes tres o cuatro horas y luego tienen otras actividades teóricas, pero en esa práctica clínica no está bien definido lo que tienen qué hacer desde el punto de vista académico, a veces se señala que tiene que transcribir las indicaciones, que tiene que pasar la visita, acompañar al profesor, llevar las solicitudes de los estudios, y otras acciones no relacionadas necesariamente con el aprendizaje de la medicina como tal.

¿Qué podemos hacer para solucionar esto? los cambios no pueden ocurrir por mandato, ni de la noche a la mañana, esto es un proceso y un proceso que tenemos que hacer conjuntamente, todos tenemos que trabajar en ello para lograr concretar esta modificación tratando de alcanzar la calidad total.

Son muy contados los sitios donde se han modificado las estrategias y las técnicas educativas, que sé utilizan en los campos clínicos, la gran mayoría sigue una enseñanza tradicional y con tradicional quiero decir con cierta inercia desde hace más de treinta años. Los profesores siguen quejándose cada vez más de que el alumno no aprende clínica, pero también la enseñanza y la estrategia educativa sigue siendo la misma.

Si no hay cambio en el procedimiento, es difícil que se espere un cambio en el producto. Ante este planteamiento, es recomendable en primer término, que se elaboran o que se actualicen los convenios de las escuelas de medicina y las instituciones de salud especificando las responsabilidades mutuas en el área de la docencia. Hay que dejar bien claro que las escuelas son las responsables de los programas académicos, no tiene porque dejarse esto a las instituciones de salud, éstas tienen otras funciones, podrán colaborar en el desarrollo de programas académicos, pero se insiste, es una función de las escuelas. Las instituciones de salud tendrán que elaborar los programas operativos, ya que es ahí donde se realizan las acciones, estos programas operativos, estarán en congruencia con los programas académicos, con los recursos y limitaciones. Ambos programas deben someterse a una revisión periódica y deben actualizarse conservando una situación más o menos homogénea, no debemos perder de vista el contexto en el que estamos, no solamente como escuela, como estado o como país, sino también a nivel internacional.

En segundo término debe considerarse que actualmente existen innovaciones educativas que han ocurrido en el campo de la medicina a nivel internacional. Estamos de acuerdo que no todas son adaptables a nuestro medio, como debemos conocerlas y generar las propias; sin permanecer como en una isla independientes de todo lo que está pasando en el resto del mundo. Debemos estar en contacto con el contexto mundial. En Edimburgo se han realizado dos reuniones, una en 1988 y otra en 1993, asistieron los preocupados por la educación médica, entre las recomendaciones que emanaron de estas dos reuniones, existe una importante atención a la práctica clínica de la medicina. Se destaca la problemática que existe entre las instituciones educativas y las asistenciales y que esta combinación, debe funcionar de un manera más armónica. Otro aspecto relevante que se señaló es que debemos capacitar a los docentes como educadores. América Latina envió una propuesta para la segunda conferencia, en donde se destacó que deben considerarse las situaciones político-económicas de los países y ajustar los programas a sus propias necesidades sociales. Nuestro país así debe considerarlo y creo que somos responsables de que se produzcan cambios en la educación médica en los próximos cinco años.

Figura que muestra la serie de puntos para la práctica de la acupunturaen las enfermedades cardíacas y sexuales. Acuarela del siglo XVIII.

Hay que valorar los campos clínicos, pero en función del cumplimiento de los programas tanto académicos como los operativos, no ver las necesidades asistenciales solamente como se ha hecho hasta ahora, los alumnos no son sustitutos del personal de base de los hospitales, los hospitales deben ser autosuficientes, y capaces de satisfacer las necesidades asistenciales con su propio personal adscrito.

Esto tiene una relevancia en los tiempos actuales en los que las demandas por la mala atención va a incrementarse. Recientemente se ha propuesto que se cree una Procuraduría de la Salud para que ahí puedan ventilarse todas las demandas que tengan los usuarios sobre la atención a la salud. Estas cosas son para preocuparse y si no nos preocupamos o más bien si no nos ocupamos de estas situaciones, vamos a vivir problemas muy serios si se deriva la responsabilidad de la atención hacia los alumnos.

Habrá que proponer que las escuelas que comparten un campo clínico se reúnan junto con los representantes de las instituciones de salud para que traten de elaborar si no un mismo plan de estudios, sí uno más homogéneo que facilite la educación médica de manera más adecuada, que propicie un mejor cumplimiento de sus programas académicos y que no presente esa diversidad de enfoques académicos.

El profesorado en general adolece en lo que a formación docente se refiere, los médicos que trabajan en los hospitales, excelentes médicos, excelentes especialistas, no han tenido una formación docente como tal, muchos de ellos han sido improvisados como profesores, algunos por cualidades propias han sido excelentes para el profesorado, pero en general no las tienen. Se

Estatuilla de Marfil usada por las mujeres para indicar el lugar de la enfermedad, evitando así desnudarse en presencia del médico. University Museum, Kansas.

identifican con la institución de salud y no con la institución educativa. El nombramiento universitario a los médicos adscritos en los hospitales que participan de la formación de los alumnos es muy irregular y esto afecta el compromiso docente, muchos profesores no tienen un nombramiento oficial de alguna universidad y algunos ni siquiera reciben reconocimiento sobre las funciones docentes que realizan, entonces no existe el interés por desarrollarse como docente, por conocer los planes de estudio, por asimilar una metodología educativa y menos, por participar en reuniones donde se destacan problemas educativos. La institución educativa debe propiciar la formación docente de estos médicos, incluso exigirla para incorporarlos a sus plantillas de profesores, ¿cuántos de los profesores que están en las plantillas de las diferentes facultades de medicina de este país, tienen un diploma, una constancia de haber llevado una formación docente? ¿a cuántos se les pide como requisito para formar parte de las plantillas?

La plantilla de profesores debe mantenerse en actualización permanente. Las instituciones de salud deben tomar en cuenta que la formación de un profesor, de un educador y la práctica docente, sobre todo tutorial, requiere de una buena parte del tiempo que se tiene destinado para las actividades hospitalarias. Por tanto, el médico institucional que ejerce funciones docen-

tes tendría que disminuir las actividades asistenciales. Es más, considerar en los tabuladores la creación de plazas de profesor, así como existen los de investigador.

Hay que realizar reuniones periódicas durante el ciclo escolar entre ambas instituciones para que se analice el desarrollo de los programas, las plantillas, los problemas y se hagan los ajustes pertinentes, que desaparezca esa brecha entre los campos clínicos y las escuelas. Muchos de los programas educativos que existen, incluso a nivel internacional, se enfocan básicamente a los dos primeros años de la carrera cuando tienen a los alumnos en las instalaciones propias de la escuela. En cambio, cuando se pasa al área clínica, empiezan a faltar las estrategias educativas, la definición de objetivos y algo muy importante la falta de comunicación entre la escuela y el hospital. La institución educativa deberá tener mayor presencia en estos campos clínicos y cuando hablamos de campos clínicos nos referimos desde un hospital de tercer nivel hasta un centro de salud donde hay alumnos realizando actividades de servicio social. También se requiere la presencia de la escuela en relación a las disposiciones y sanciones de tipo disciplinario que impone la institución de salud, y que en su gran mayoría las hace de manera unilateral, no las comparte con la escuela; entonces surgen los conflictos entre la escuela y la institución de salud, pudiéndose evitar si existiera una mayor comunicación.

Los alumnos manifiestan inconformidad por el exceso de funciones administrativas asistenciales y por la escasa enseñanza tutorial, si uno encuentra a los alumnos en área clínica, quizá ésta sea la respuesta más frecuente. Trabajan sin una enseñanza tutorial de la medicina cuando se supone que es lo que sustenta los planes de estudio los programas operativos.

El alumno debe aprender medicina de una forma tutorial. Nuevamente volvemos a encontrar una incongruencia entre lo que proponemos y lo que realmente hacemos. En esa comunicación entre las instituciones de salud y escuela, ese rediseño de los programas, ese enfoque de ver al alumno como alumno y no como sustituto del trabajador, permitirán que se modifiquen las actividades que realiza en el campo clínico y que se obtenga un mejor provecho de ellas. Ha disminuido el número de alumnos de medicina si se compara los que había entre los setentas y los ochentas en relación a los que hay en la década de los noventas, de 8,499 pasantes de medicina que había en 1989 hubo un descenso progresivo, en 1994 fueron 5,739 y este año es un poco menor, es decir, continua la pendiente hacia abajo. Por la crisis económica actual se puede esperar que la demanda en escuelas públicas aumente, pero esta demanda debe analizarse con cautela, y valorar sí realmente hay una necesidad de más médicos. Tenemos datos que los egresados, tanto del pregrado como del posgrado, cuando tienen que ejercer la profesión o la especialidad, manifiestan una amplia frustración, ¿estamos inscribiendo al primer año, el número de médicos que realmente se necesitan para este país? ó lo estamos haciendo en función a otras necesidades? ¿estamos inscribiendo en las especialidades el número de médicos que se requieren para proporcionar la atención requerida? ó ¿estamos inscribiendo el número de médicos que necesitamos que proporcionen atención médica en una institución hospitalaria y así satisfacer una necesidad asistencial o una educativa?. Son preguntas que habrá que contestar con estudios formales que aún no tenemos, necesitamos trabajar conjuntamente en las instituciones de salud y en las escuelas para realizar estudios de ese tipo, ¿cuántas escuelas tienen información acerca de la distribución de los médicos en el país? la información que se puede obtener varía según la fuente a la que se acuda, el censo de 1990 reporta 180,000 médicos titulados en el país, pero no se pide que se muestre el título, entonces ¿cuántos están anotados ahí que no tienen título? Hay muchos médicos que ejercen a nivel privado y no se sabe exactamente qué están haciendo, a nivel institucional hay aproximadamente 80,000 médicos registrados, pero en realidad no son médicos, son plazas para médicos y sabemos que muchos médicos ocupan dos de estas plazas, entonces ese número, tampoco es tan real? ¿cuántos especialistas están certificados? La Academia Nacional de Medicina a la fecha tiene registrados aproximadamente treinta y cinco mil médicos certificados de 43 especialidades y se supone que debe haber otro tanto que no está certificado, entonces estaríamos calculando aproximadamente 60,000

especialistas en México, la gran mayoría labora en instituciones de salud, porque estas instituciones ya no quieren contratar a los médicos no especialistas. Las cifras de aspirantes se mantienen alrededor de nueve mil. Se aceptan cerca de 4,000 cada año, pero ¿en realidad esto es lo que necesitamos? ¿este país necesita formar alrededor de 4,000 especialistas anualmente?

Necesitamos entre todos generar un sistema de información que nos permita tener datos más confiables. Que nos permita hacer juicios de valor y podamos tomar decisiones adecuadas.

Otra tarea que es importante realizar es el seguimiento de egresados de las escuelas y facultades de medicina, tanto del pregrado. Necesitamos una mejor planeación que nos permita tomar decisiones y mejorar la calidad en el campo clínico, y el de la educación de la medicina.

Programa Nacional de Geriatría. Una propuesta para la Licenciatura en Medicina.

Dr. Luis Miguel Gutiérrez R.,* Dr. Enrique Vargas S.,** Dr. José Angel Córdova V.***

RESUMEN

El artículo describe la evolución histórica de los cuidados médicos de los ancianos y de la geriatría, a nivel internacional y nacional. La importancia del estudio del envejecimiento humano y de la medicina del anciano se discuten en base a las recomendaciones de organismos internacionales y las experiencias de los países desarrollados con énfasis en el papel de las universidades como promotoras de la generación de conocimientos nuevos. La problemática de la atención a creciente población de ancianos en México se presenta considerando que hay una falta de reconocimiento de la necesidad de formación de los estudiantes de medicina en el tema, carencia de docentes y de carencia de servicios, carencia de textos adecuados; y ausencia de investigación básica o clínica. Se propone un programa en tres etapas para hacer frente a los problemas.

Palabras clave: Geriatría, envejecimiento, Medicina del anciano, curriculum, enseñanza.

ABSTRACT

This article accounts the historic evolution of medical care of the elderly and of geriatrics, both international and national. A discussion of the relevance of the study of humane aging and medicine of old age is presented based on international recommendations and on experience of developed countries with particular amphasis in the role of universities as promoters of new knowledge. The problems of medical care for a growing elderly population in Mexico is discussed considering that there is not enough awareness of present needs of teaching geriatric to medical students, nor adequate numbers of tutors and services or texbooks, and absence of basic or clinical research. A three stage proposal is outlined to meet the challange.

Key words: *Geriatrics, aging, medicine of old age, curriculum, teaching.*

I. EVOLUCION HISTORICA DE LA GERIATRIA.

La historia de los cuidados médicos de los ancianos varía de país en país. La tendencia en los occidentales fue un progreso gradual de la tutela de la iglesia al estado. Los gobiernos en los países europeos, introdujeron la legislación para proteger a los pobres, huérfanos, inválidos y ancianos desde hace más de 4 siglos. En Francia, aparecieron los primeros hospitales especiales para ancianos hace más de 100 años.[1] En Suecia se crearon las primeras casas-hogares de ancianos alrededor del mismo tiempo.[2]

El término Geriatría aparece en medicina, por primera vez en el año 1909, con Ian L.

* Profesor de Geriatría, Facultad de Medicina, UNAM. Clínica de Geriatría, Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. México, D.F.
** Coordinador de Investigación, Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato.
*** Director, Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato.

Nascher, autor de "Geriatría, las enfermedades de la ancianidad y su tratamiento". En la Inglaterra de los años treinta, cuando aún los enfermos crónicos y los ancianos se hacinaban en los asilos para pobres, Marjorie Warren demostró cómo, mediante cuidados clínicos y rehabilitación muchos de ellos se recuperaban, siendo capaces de reintegrarse a la familia y a la comunidad.[1]

Así, la especialidad de Geriatría se reconoció al mismo tiempo que se fundaba el Servicio Nacional de Salud Inglés en 1948. En los 25 años siguientes se llega a contar con 300 geriátras desde la primera generación, provenientes en su mayor parte de la Medicina Interna.[1,3]

La asistencia, la docencia y la investigación clínica tuvieron, probablemente, su mayor desarrollo en el Reino Unido.[1,3]

II. LAS UNIVERSIDADES Y LA GERIATRIA.

En un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicado en 1950,[4] se señala: "En los planes de estudio de la facultades de medicina y escuelas de enfermería deberá de darse un lugar importante a los problemas del envejecimiento".

Pero es sobre todo a partir de 1972,[5] cuando la OMS se pronuncia en favor del desarrollo de una rama de la medicina especializada en el cuidado de los ancianos. En 1974, el informe 548 es aún más explícito pues en sus objetivos inmediatos recomienda que: "en los países donde no se reconozca a la Geriatría el carácter de especialidad médica, se debe promover su establecimiento a título experimental como rama especial de la medicina, a fin de llegar a disponer de personal profesional para la enseñanza, la investigación y la consulta en materia geriátrica".[6]

La OMS también ha expresado cuál ha de ser el papel de las universidades en relación a la Geriatría:[7] "En los últimos decenios ha habido pocos intentos de coordinar los servicios asistenciales para los ancianos. Se ha logrado introducir la Geriatría en los planes de estudio de Medicina en algunos países, pero nada indica que la actitud de los estudiantes o de la profesión médica hayan cambiado. Sin embargo, es imprescindible y urgente inculcar en los alumnos el ideal de servicio a la comunidad de la que también forman parte los ancianos. Los problemas que la asistencia a los ancianos plantea van en aumento, y cada adelanto importante en los tratamiento médicos contribuye indirectamente a incrementarlos."

"Por ello, una tarea urgente es la de fomentar estudios que determinen los medios más eficaces para aplicar los conocimientos existentes y evaluar las modalidades de asistencia a los ancianos. Además, sin la participación activa de las escuelas de medicina y las universidades, cuantos esfuerzos se hagan por crear servicios en favor de los ancianos están condenados al fracaso, ya que será imposible contratar personal lo bastante competente para asumir las difíciles tareas que se avecinan para atender a la población en situación de minusvalía o dependencia".

Desde 1978 la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos reconoció la necesidad de introducir la Geriatría en los programas universitarios", motivo por el cual, en abril de 1988 tuvo lugar el primer examen de certificación en geriatría para especialistas de Medicina Interna y Medicina Familiar.[9]

Actualmente las cátedras de Gerontología y Geriatría existen en: Checoslovaquia, Francia, Finlandia, República Federal Alemana, Israel, Italia, Holanda, Noruega, Polonia, Reino Unido, Suiza y la CEI. La geriatría se enseña como especialidad o "capacidad" a nivel de posgrado en: Argentina, Brasil, Canadá, Estados Unidos, España, Francia, Italia, Japón, Noruega, Suecia, Suiza y Rusia.[3,7,10-12]

En las universidades mexicanas existe el grave problema de la carencia de personal capacitado para la enseñanza de la geriatría. Además, las universidades como responsables de la generación del conocimiento, les corresponde desarrollar el área, hasta ahora poco explorada pero potencialmente fértil de la investigación científica gerontológica.[13]

III. LOS PROBLEMAS DE LA GERIATRIA EN MEXICO.

Los problemas que se enfrentan para la atención de la población anciana y para la enseñanza de la geriatría en las escuelas y facultades de medicina están relacionados con: a) falta de reconocimiento de la necesidad de formación de los estudiantes

Izquierda. Ilustración del "Mö-king", pág. 19: teoría del pulso. Bibliothéque Nationale, Paris. Derecha. Ilustración del "Nan-King" (libro clásico sobre los problemas difíciles), pág. 29 bis: teoría del pulso. Bibliothéque Nationale, Paris.

en el tema; b) carencia de docentes; c) carencia de servicios; d) carencia de textos adecuados; y e) ausencia de investigación básica o aplicada.

Antecedentes históricos.

En la ciudad de México en el año de 1957, la Academia Mexicana de Gerontología, presidida por el Dr. Manuel Paynó acoge al 1er. Congreso Panamericano de Gerontología. Al cabo de 20 años, en mayo de 1977 se funda la Sociedad de Geriatría y Gerontología de México, A.C., la cual agrupa entre sus miembros a médicos, enfermeras, sociólogos, antropólogos, psicólogos, odontólogos, gericultistas, trabajadoras sociales y personas involucradas en la atención médico-social a la tercera edad. Desde su fundación promueve actividades de divulgación y docencia en la educación médica y paramédica continua en colaboración con diversos organismos públicos y privados. El desarrollo de estas actividades culmina con la organización del XIV Congreso Mundial de Gerontología celebrado en la ciudad de Acapulco en 1989.

En el año de 1979, por decreto presidencial se crea el Instituto Nacional de la Senectud, que desde entonces colabora con la promoción de la asistencia social a la vejez.

A partir de agosto de 1984 inicia sus actividades la Asociación Mexicana de Gerontología y Geriatría, A.C., promotora igualmente de la difusión del conocimiento gerontológico.

En marzo de 1986 el Hospital "Lic. Adolfo López Mateos" inició dentro del ISSSTE un primer curso de especialización en Geriatría

Para que el dolor y la rigidez No limiten la actividad de su paciente

Facicam 20 mg

Actividad con una cápsula al día

Antiinflamatorio, antirreumático con acción analgésica
Alcanza niveles terapéuticos desde la 1a. hr. los que se mantienen estables por 24 hrs. con una cápsula al día

FORMULA: Cada cápsula de FACICAM contiene: Piroxicam 10 y 20 mg. Excipiente c.b. INDICACIONES: FACICAM es un agente antiinflamatorio, analgésico, y antireumático no esteroide que está indicado en: ENFERMEDADES REUMATICAS ARTICULARES: artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, artritis gotosa, osteoartritis. ENFERMEDADES REUMATICAS EXTRAARTICULARES: fibrositis, periartritis escapulohumeral (hombro doloroso), bursitis, tendosinovitis, afecciones musculoesqueléticas traumáticas y deportivas, contusiones, esguinces, luxaciones, desgarros musculares. Dismenorrea primaria. CONTRAINDICACIONES: No se administre durante el embarazo, lactancia y niños menores de 2 años. Ulcera péptica activa. En pacientes con antecedentes de asma, rinitis o urticaria por la administración de ácido acetilsalicílico y otros drogas antiinflamatorias no esteroides, hipertensión arterial severa, discrasias sanguíneas, insuficiencia cardiaca, renal y hepática. PRECAUCIONES: Vigilar la administración de FACICAM en pacientes con antecedentes de enfermedad del tracto gastrointestinal alto. No se ha establecido la dosis para niños. Durante el embarazo, los productos que inhiben la síntesis de prostaglandinas se asocian con distocias y retraso del parto en animales, cuando esto se continúa hasta el final del embarazo. Evítese su uso en problemas inflamatorios y dolorosos comunes, sin prescripción del médico. REACCIONES SECUNDARIAS: FACICAM es bien tolerado, ocasionalmente puede presentarse síntomas gastrointestinales como epigastralgias, estomatitis, anorexia, náuseas, constipación, malestar abdominal, flatulencia, diarrea, indigestión, sangrado gastrointestinal, perforación y ulcera, en un porcentaje mínimo se ha informado de edema, efectos sobre sistema nervioso central tales como mareo, cefalea, somnolencia, insomnio, depresión, nerviosismo, alucinaciones, modificaciones en el carácter, anomalía en el sueño, confusión mental, parestesias y vértigo. Reacciones de hipersensibilidad cutáneas, generalmente como rash y prurito. Al igual que con otros antiinflamatorios no esteroides se puede presentar Síndrome de Stevens-Johnson y necrosis epidérmica tóxica. Descenso en la Hemoglobina y Hematocrito, sin que se hallan asociado a sangrado evidente, se han informado casos de anemia, trombocitopenia y purpura no trombocitopenica, leucopenia y eosinofilia y raros de anemia aplásica y aplásica, ictericia y hepatitis, papilaceras y disnea. Nefritis intersticial, síndrome nefrótico, insuficiencia renal (en personas de edad avanzada y diabéticos), y descompensación del paciente con insuficiencia cardiaca. INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS: Al igual que otros AINES FACICAM puede interferir con la acción natriurética de los diuréticos. PRECAUCION Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD: No existen evidencias de efectos teratogénicos, mutagénicos ni sobre la fertilidad. DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION: Administración oral, una cápsula de 20 mg al día, en enfermedades musculoesqueléticas agudas se recomienda utilizar dos cápsulas de 20 mg los primeros 2 días y posteriormente la dosis se reduce a una cápsula de 20 mg al día. Una minoría de pacientes pueden responder a la dosis de 10 mg. Duración mínima del tratamiento. De 8 a 12 semanas, en enfermedades reumáticas articulares. Aunque los efectos terapéuticos de FACICAM son evidentes en los primeros días de tratamiento, hay un incremento progresivo en la respuesta después de varias semanas, por lo que la efectividad de la terapia no debe ser valorada antes de 2 semanas. En el tratamiento del dolor de la dismenorrea primaria se recomienda iniciar con 40 mg al día en el inicio de la sintomatología los primeros dos días, seguidos de 20 mg al día hasta el final de la menstruación. SOBREDOSIFICACION: en su caso deben darse las medidas de soporte y la administración de carbón activado. PRESENTACION: CAJA CON 20 CAPSULAS DE 20 MG. CAJA CON 20 CAPSULAS DE 10 MG. RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO: consérvese en lugar fresco y seco.

Hecho en México por LABORATORIOS SENOSIAIN, S.A. de C.V.
Ex-Hacienda de Sta. Rita
Camino a San Luis Rey 221. Ex-Hda. Sta. Rita Celaya, Gto.
Reg. Núm. 022M82 S.S.A. Clave I. Med. IEJ-19386/93 Clave RFE-13022 I.P.P.R.
Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica.

Facicam® S
SENOSIAIN

FACI-01.93-A

Detrás de un gran hombre...

Hay un gran antagonista H2

Durater

Que le ofrece:

- ▸Efectividad en el manejo de la fase aguda de los trastornos ácido pépticos.
- ▸Control de la secreción por 12 horas.
- ▸Pronto alivio de la sintomatología
- ▸Cicatrización desde las primeras semanas de tratamiento.

DURATER (FAMOTIDINA). Antagonista Selectivo de los receptores H2 de una sola dosis. FORMA FARMACEUTICA Y FORMULACION: Cada comprimido contiene: Famotidina 20 y 40 mg. Excipiente c.b.p. 1 comprimido. INDICACIONES TERAPEUTICAS: Está indicado en el tratamiento de la úlcera péptica, gástrica y duodenal, esofagitis por reflujo; en la terapia de mantenimiento de la úlcera péptica, Síndrome de Zollinger Ellison y en situaciones donde es necesario reducir la secreción de ácido duodenal. CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad conocida al fármaco. PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA; MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD: Se han llevado a cabo estudios en ratas y conejos, administrándoles dosis que oscilaron de 2 000-500 mg/kg/día, respectivamente y no se observó evidencia alguna de daño al feto tras la administración del fármaco. El único hallazgo reportado fue la presencia de abortos sépticos esporádicos en algunos conejos que habían disminuido en forma importante la ingesta de alimentos y a los cuales se les habían administrado 200 mg/kg/día o más (250 veces la dosis usual en humanos). Hasta el momento, no hay estudios adecuados o bien controlados que se hayan realizado en mujeres embarazadas. Debido a que los estudios efectuados en animales no siempre predicen la respuesta humana, DURATER, al igual que otros fármacos, sólo deberá usarse durante el embarazo si es estrictamente necesario. Estudios realizados en ratas que estaban lactando demostraron que la famotidina es excretada a través de la leche materna. En ratas jóvenes, amamantadas por ratas que recibieron dosis maternotóxicas (por lo menos 500 veces la dosis usual en humanos), se observó retardo transitorio en el crecimiento. Sin embargo, se desconoce si el fármaco es excretado hacia la leche humana. Debido a esta situación, debe decidirse si el fármaco es descontinuado o se interrumpe la lactancia. En pruebas mutagénicas realizadas con Salmonella Typhimurium y E. coli, así como en los estudios con pruebas micronucleares y pruebas de aberración microsomal, no se reportaron efectos mutagénicos. Cuando el fármaco ha sido administrado a ratas en dosis superiores a los 2 000 mg/kg/día, no ha habido alteración en la función de reproducción. REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: En estudios abiertos y controlados a corto y largo plazo, DURATER ha sido utilizado en dosis de 20 y 40 mg al día, siendo bien tolerado. Las reacciones secundarias más frecuentemente observadas fueron: cefalea, constipación, diarrea y tedio. Los siguientes efectos secundarios se han observado en forma ocasional y en muchos casos no se ha establecido su relación con DURATER: Astenia y fatiga. Gastrointestinal: Ictericia colestásica, alteración de enzimas hepáticas, vómito, náuseas, malestar abdominal, sequedad de boca, hipersensibilidad. Anafilaxia, angioedema, urticaria. Musculoesqueléticos: Artralgias. INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GENERO: Hasta el momento no se ha identificado interacciones medicamentosas. Estudios en animales y en humanos han demostrado que DURATER no interfiere con el metabolismo oxidativo hepático (citocromo P-450) de los siguientes fármacos: propranolol, warfarina, teofilina, lidocaína, diazepam, aminopirina y antipirina. También se ha utilizado el uretide de indometacina como indicador de la eliminación hepática de medicamentos, y no se han encontrado efectos significativos. PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS: Ya que DURATER es excretado por la vía renal, en pacientes con insuficiencia renal moderada o severa se recomienda ajustar la dosis (ver dosis y administración). La respuesta terapéutica a la terapia con DURATER no excluye la presencia de cáncer gástrico. Como con otros antagonistas H2 y otros tratamientos antiulcerosos, la presencia de neoplasias gástricas debe descartarse antes de tratar los síntomas dispépticos. En estudios realizados en ratas y cobayos con duración de 106 y 90 semanas respectivamente se administraron dosis superiores a los 2 000 mg/kg/día (aproximadamente 2 500 veces la dosis recomendada en humanos), sin observar evidencia de potencial carcinogenético por parte de DURATER. DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION: En el tratamiento de la úlcera péptica, gástrica y duodenal, así como en la esofagitis por reflujo, la dosis es de un comprimido de 40 mg por la noche al acostarse o un comprimido de 20 mg cada 12 hrs. por 4 a 6 semanas. Sin embargo, la duración de la terapia puede disminuirse si la endoscopía revela que la úlcera está cicatrizada. En la terapia de mantenimiento para la prevención de las recurrencias, la dosis es de 20 mg por la noche. En pacientes con estados hipersecretorios como el Síndrome de Zollinger-Ellison, se debe iniciar con 20 mg cada 6 hrs. Dosis de hasta más de 640 mg al día han sido utilizadas por más de un año. Dosis en pacientes con insuficiencia renal: Ya que la eliminación de DURATER está disminuida en pacientes con insuficiencia renal moderada o severa, se recomienda ajustar la dosis de acuerdo al aclaramiento de creatinina. (Acot), como sigue: Acot > 60 ml/min.: dosis normal y Acot 30-60 ml/min. la mitad de la dosis normal; < 30 ml/min. un cuarto de la dosis normal. SOBREDOSIFICACION O INGESTA ACCIDENTAL MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTIDOTO): Hasta la fecha no hay datos disponibles acerca de sobredosificación deliberada. Se han administrado dosis de hasta 640 mg/día a pacientes con estados hipersecretores y no se han presentado efectos secundarios de importancia. Si esto llegara a suceder, se recomienda dar tratamiento sintomático y de soporte, incluyendo lavado gástrico y la administración de carbón activado. PRESENTACIONES: Caja con 10 comprimidos de 40 mg y caja con 20 comprimidos de 20 mg. RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO: Consérvese en lugar fresco y seco. LEYENDAS DE PROTECCION: Literatura exclusiva para médicos. No se deje al alcance de los niños. Su venta requiere receta médica.

Hecho en México por:
Laboratorios Senosiain S.A. de C.V.
Camino de Santa Cruz Km. 22.5
Ex Hacienda de Santa Rita
Celaya, Gto.
Reg. Sal. 27,987 S.S.A.
Clave DURATER 20/94 I.P.P.I. Clave LEJR-3213/94

Durater®
SENOSIAIN

con duración de dos años y dirigido a médicos internistas, pero sin reconocimiento universitario. Desde 1988 funciona la unidad de Geriatría en el Hospital General de la Secretaría de Salud.

Un programa de educación médica continua en la UNAM incluye la capacitación de médicos generales en el área geriátrica desde 1981. En 1989 en la UNAM se viene cursando el programa de licenciatura de enseñanza de la geriatría en medicina.[13]

Crecimiento de la población mexicana de ancianos.

La población de ancianos es considerada la de 60 años y más. Entre 1900 a 1950 casi se duplicó; este fenómeno se repitió en sólo 20 años, es decir, de 1950 a 1970. En marzo de 1990 llegó a casi 5 millones de personas que representan el 6.1% de la población total del país. Comparando la distribución de la población por grupos de edad de los censos de 1970 a 1990, en el último se demuestran proporciones mayores de sujetos en los grupos de más de 75 años, lo que de acuerdo al INEGI refleja el aumento en la sobrevivencia de la población.[14] El impacto que se prevé tendrá el fenómeno sobre el comportamiento de la pirámide poblacional a partir del año 2000 dará como resultado un estrechamiento en su base y un ensanchamiento en su cúspide.[15,16]

El envejecimiento y la medicina del anciano.

El envejecimiento no es una enfermedad, sino un proceso universal que varía entre individuos y entre grupos. Los cambios en un organismo están condicionados por la calidad y los modos de vida. Es por ello que el envejecimiento no sigue una cronometría rigurosa.

Comfort[17] propuso que la senescencia es el proceso de deterioro que ocurre en el periodo pos-reproductivo, asociado con una disminución de la viabilidad y aumento en la vulnerabilidad orgánica, acompañado por un aumento en la probabilidad de morir conforme aumenta la edad cronológica. Es importante no confundir el envejecimiento de un organismo con su edad cronológica, puesto que aun cuando puede existir concordancia entre estos parámetros, ésta no es una ley biológica.[17]

Los ancianos como grupo, sufren de muchas de las mismas enfermedades que aquejan a los adultos. Sin embargo, en el anciano la polipatología en combinación con los cambios propios del envejecimiento dan como resultado cuadros clínicos y formas de presentación de enfermedades que les son peculiares. Así mismo, existen síndromes clínicos y psicológicos que son intrínsecos al envejecimiento.[1,3,18]

En 1983 la Secretaría de Salud dio a conocer los resultados de la Encuesta Nacional de las Necesidades de los Ancianos en la Comunidad.[19] Las necesidades prioritarias resultaron ser: atención primaria a la salud, educación comunitaria y programas voluntarios. La necesidad de atención primaria implica incrementar simultáneamente la accesibilidad a los servicios de salud y el entrenamiento del personal médico y paramédico que en ellos labora para que atienda las necesidades específicas de los ancianos.

Con lo presentado y considerando la transición demográfica y epidemiológica que el país atraviesa, hacen necesaria la investigación de los problemas inherentes al aumento de la esperanza de vida, la senescencia y su morbi-mortalidad. Aunque, todavía faltaría por resolver el problema principal para cualquier ser humano, puesto que no se trata sólo de añadir años de vida, sino vida a los años. Ante tal problemática un programa de enseñanza de la geriatría en la escuelas y facultades de medicina del país, tendría como objetivo la formación de médicos de primer contacto con conocimientos y experiencia sobre el manejo de los problemas de los ancianos.[12,18,20,21]

IV. PROPUESTA PARA LA AMFEM.

Para iniciar el estudio del envejecimiento y los problemas médico-sociales de la tercera edad se propone un plan de tres etapas, como sigue:

1. Mediante una encuesta estructurada, elaborar un diagnóstico sobre el estado actual de la enseñanza de geriatría, identificando los docentes potenciales y en activo para formar un grupo de trabajo.[13]

Grupo de porcelana china: Médico tomando el pulso a su paciente. Wellcome Medical Museum, Londres.

2. La conformación del grupo nacional de trabajo permitirá definir los contenidos del programa de enseñanza, la elaboración de material didáctico y un texto.[7,20,22,23] El plan de trabajo será mediante sesiones regionales/nacionales de consenso. Se realizarán talleres de capacitación para los docentes potenciales y en activo que tendrán a su cargo la docencia en sus escuelas o facultades.[18]

3. Estructuración de proyectos de investigación multicéntricos, regionales y nacionales que permitan conocer las realidades de los ancianos, sus problemas y posibles soluciones.[13,18,21]

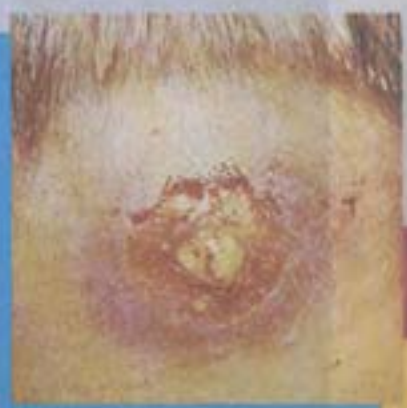
BIBLIOGRAFIA

1. Brocklehurst JC. The evolution of geriatric medicine. J Am Ger Soc 1978;26:433-439.
2. Van Zonneveldt RJ. The netherlands. En: Brocklehurst JC. (Ed), Geriatric Carein Advanced Societies. Lancaster: M.P.T. 1975;45-63.
3. Salgado Alba A, Gillén Llera F. Geriatría especialidad médica. En: Salgado Alba A. (Ed), Tratado de Geriatría y Asistencia Geriátrica. Barcelona: Salvat Eds. 1986:18-32.
4. Organización Mundial de la Salud. Geriatric Services. Informe No. 171, Ginebra: OMS. Serie de Informes Técnicos, 1950.
5. World Health Organization. Psychogeriatrics. Report of a WHO Scientific Group. Informe No. 507. Ginebra: OMS, Serie de Informes Técnicos, 1972.

Fucidin

Acido fusídico

EL ANTIBIOTICO PARA LAS INFECCIONES DE LA PIEL



FUCIDIN (Acido fusídico y fusidato sódico). Crema y ungüento. Antiinfeccioso tópico FORMULA: Cada 100 g de crema contienen: Acido Fusídico 2 g. Vehículo c.b.p. 100 g. Cada 100 g de ungüento contienen: fusidato sódico 2 g. Vehículo c.b.p. 100 g. INDICACIONES TERAPEUTICAS. FUCIDIN está indicado en el tratamiento de infecciones cutáneas como: impétigo, furunculosis, quemaduras, carbuncos, hidrosadenitis, paroniquias, eritrasma y sicosis de la barba; producidas por estafilococos, estreptococos u otros microorganismos patógenos sensibles a FUCIDIN. CONTRAINDICACIONES: No debe usarse en infecciones micóticas o virales. PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA: Estudios en animales no demostraron efectos teratogénicos, sin embargo al igual que con otros antibióticos su empleo durante estas etapas queda bajo responsabilidad del médico. REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS. En menos del 1% de los casos, se ha reportado sensación de prurito en el sitio de aplicación, irritación cutánea y eritema. INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GENERO: Hasta el momento no se ha reportado ningún tipo de interacción. ALTERACIONES DE PRUEBAS DE LABORATORIO: No se ha reportado ninguna alteración sobre las pruebas de laboratorio. PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD. Para la aplicación de FUCIDIN en cualquier lesión dermatológica profunda con drenaje quirúrgico, se deberá proceder con la mayor asepsia posible. Si se usa para tratar lesiones faciales (crema), deberá evitarse que el medicamento penetre a los ojos, ya que podría causar irritación conjuntival. FUCIDIN carece de efectos carcinogénicos, mutagénicos, teratogénicos o sobre la fertilidad. DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION: FUCIDIN Crema y ungüento se aplica en la zona infectada 2 o 3 veces al día, generalmente durante un lapso de 7 días. SOBREDOSIFICACION O INGESTA ACCIDENTAL, MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTIDOTOS). No existen datos de sobredosificación. PRESENTACIONES. FUCIDIN crema: tubo con 25 g. FUCIDIN ungüento: tubo con 10 g. RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAJE. Consérvese en lugar fresco y seco.

LEYENDAS DE PROTECCION:
Literatura exclusiva para médicos.
No se deje al alcance de los niños
Su venta requiere receta médica.
LABORATORIOS SENOSIAIN, S.A. DE C.V.
Camino a San Luis Rey No. 221
Ex Hacienda de Santa Rita Celaya, Gto.
Reg. No. 118M86 y 183M88, S.S.A.
Clave HEAR-16893/93
Clave IEJ-23864/94

Bajo licencia de:
Leo Pharmaceutical Products, Ltd.
Ballerup-Dinamarca
Propietario de las marcas
LEO FUCIDIN y la figura del León

L E O

Fucidin®
SENOSIAIN

FUCI-01.94A

En la enfermedad ácido péptica

Ranisen

RANISEN (Clorhidrato de Ranitidina) es el clorhidrato de N- (2- (5-(dimetil-aminometil)-2-Furanil metil)tio)etil)-N-1 metil-2- nitro-1,, 1-etenediamina. Posee un anillo Furano. RANISEN es un antagonista selectivo de los receptores H2 de Histamina. Es un inhibidor de la secreción gástrica, basal o estimulada, en los animales y en el hombre. INDICACIONES: Ulcera duodenal y gástrica, Ulcera postoperatoria, Esofagitis por reflujo, Síndrome de Zollinger-Ellison, prevención y tratamiento del Sangrado gastrointestinal superior y prevención del Síndrome por aspiración (Síndrome de Mendelson). DOSIS: La dosis inicial es de un comprimido de 300 mg. por la noche o bien, un comprimido de 150 mg. dos veces al día, durante 4 semanas. El período de tratamiento puede llegar a 8 semanas; la dosis de mantenimiento es de un comprimido de 150 mg. por la noche. En Zollinger-Ellison pueden administrarse hasta 900 mg. al día. Intravenoso: Directo: 50 mg. diluídos en 20 ml. de solución salina, glucosada o Hartman, en forma lenta (1-2 minutos) cada 6 u 8 horas. En el caso de la presentación con jeringa desechable, se aplica directamente en la vena, sin diluir, en un lapso de 1-2 minutos. Infusión continua: 25 mg. por hora, por 2 horas cada 6 u 8 horas diluidos en solución compatible. Dosis pondersal: 0.125 mg. a 0.35 mg/kg/hr. CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al medicamento. Así como durante el Embarazo y Lactancia. PRECAUCIONES: En pacientes con insuficiencia renal severa, se recomienda la dosis terapéutica de 150 mg. por la noche durante 4-8 semanas. Al igual que otras drogas, durante el embarazo y la lactancia, deberá usarse únicamente si es estrictamente necesario. RANISEN no interactúa con drogas que son metabolizadas por el citocromo P-450. REACCIONES SECUNDARIAS: Moderadas y eventuales, cefalea en un 3%; mareo, constipación, náusea, dolor abdominal y rash en 1%; casos ocasionales de ginecomastia, impotencia y pérdida de la libido han sido reportados pero la incidencia de estos no difiere de los casos en la población general. FORMULA: Cada comprimido contiene: Clorhidrato de Ranitidina equivalente a 300 mg. y 150 mg. de Ranitidina base, excipiente c.b.p. un comprimido. Cada ampolleta de 5 ml. contiene: Clorhidrato de Ranitidina equivalente a 50 mg. de Ranitidina base. Cada jeringa desechable de 2 ml. con aguja esterilizada desechable contiene: Clorhidrato de Ranitidina equivalente a 50 mg. de Ranitidina base. PRESENTACIONES: Caja con 10 y 30 comprimidos de 300 mg. caja con 20 y 60 comprimidos de 150 mg. caja con 5 ampolletas de 5 ml. de 50 mg. y caja con 1 jeringa desechable de 2 ml. c/aguja esterilizada desechable de 50 mg.

Hecho en México por: Laboratorios SENOSIAIN, S.A. de C.V.
Camino a San Luis Rey No.221 Ex-Hda. Sta. Rita, Celaya, Gto.
Literatura exclusiva para Médicos. Su venta requiere receta médica.
Regs. Núm. 28M80 y 24M83, S.S.A. I. Med.SGE-1703U
® Marca Registrada

Ranisen®
SENOSIAIN

RANI-01-462 A

6. Organización Mundial de la Salud. Planificación y Organización de los Servicios Geriátricos. Ginebra. OMS. Serie de Informes Técnicos No. 548, 1974.
7. World Health Organization. Teaching Gerontology and Geriatric Medicine: Report of a Workshop. Edinburgh: WHO. ICP/ADR, 045(2), 1982.
8. Institute of Medicine, National Academy os Sciences. Aging and Medical Education: Report of a Study. Washington, D.C. 1978; Pub 10 M-78-04.
9. Ad Hoc Committee American Geriatrics Society. Guidelines for Fellowship Training Progrms in Geriatric Medicine. J Am Ger Soc 1987;25:792-795.
10. Societé Francaise de Gerontologie. L'enseignement de la Gerontologie en France. La Revue de Gériatrie. 1982;7:315-320.
11. Robins AS, Vivell S, Beck JC. A study of Geriatric Training Programs in the US. J Med Educ 1982;57:79-86.
12. Stout RW. Teaching Gerontology and Geriatric Medicine. Age and Aging 1982;14(Suppl):1-31.
13. Gutiérrez LM. Perspectivas para el desarrollo de la Geriatría en México. Salud Pública de México 1990;21:693-701.
14. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. La tercera edad en México. XI Censo General de Población y Vivienda 1990. 2a. Ed. México: INEGI, 1993.
15. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la Población al Año 2000. México: Ediciones del CONAPO, 1980.
16. Siegel JS. Demographic Aspects of the Elderly to the Year 2000 and Beyond. Copenhagen: WHO (WHO/Age.82.3), 1982.
17. Comfort A. The Biology of Senescence. 3rd Ed. New York: Elseiver North Holland, 1979.
18. Kalache A, Muir P, Gray J. Health Problems of Older People in the Developing World. En: Pathy, SJ. Principles and Practice of Geriatric Medicine, Chichester: John Willey & Sons, 1986.
19. Alvarez Gutiérrez R. Encuensta de las nesecidades de los ancianos en México. Salud Pública México 1983;25:21-75.
20. Seminaire Europeen sur: la Place de la Geriatrie et Gerontologie dans la Formation des Medecins en Europe. Actas del Congreso, París. 1995.
21. Hazzard WR. Geriatrics Curriculum Development Conference and Initiative. Am J Med 1994;97(4A):1s-59s, 1994.
22. Robins AS. Studies in Geriatrics Education I: Developing Educational Objectives. J Am Ger Soc 1982;30:281-288.
23. Robins AS. Studies in Geriatric Education II: Educational Material and Programs. J Am Ger Soc 1982;30:341-347.

Correspondencia:
Dr. Enrique Vargas S.
Universidad de Guanajuato
Facultad de Medicina de León
Coordinación de Investigación
20 de Enero 929
37320 León, Gto.

Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C. XXXIX Asamblea Nacional Ordinaria Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac

Relato General

El miércoles 24 de abril, en punto de las 16 horas se abrió la mesa de registro, para los directivos y sus acompañantes, siendo a las 20 horas el tradicional coctel de bienvenida en el Hotel Sede Presidente Intercontinental de la Ciudad de México.

El jueves 25 de abril a las 9:30 hrs. y en presencia de las Máximas autoridades de la Universidad Aháhuac, de la AMFEM, de la Dirección General de Enseñanza en Salud en representación del Secretario de Salud y del Presidente de la Academia Nacional de Medicina, se llevó a cabo la inauguración de esta asamblea, los componentes del presidium, quienes tomaron la palabra, exhortaron a los asistentes a trabajar a fon-

do y con compromiso por la Educación Médica del país.

Se iniciaron las actividades académicas del día con la participación de la Dra. Marcela González de Cossío y su conferencia La Calidad de la Educación y La Atención Médica, en la que se nos ilustró con los conceptos de calidad total tan necesaria en la Educación Médica.

Posteriormente se presentó una interesante mesa redonda por expertos de la Universidad Nacional Autónoma de México en Psicología Cognitiva, y en ésta se estudiaron conceptos sobre la evaluación de la competencia profesional médica.

Al término de esta interesante mesa redonda, la Dra. Miriam Friedman Ben David de la Comisión Educativa para Graduados Extranjeros de los Estados Unidos, ella presentó una propuesta de examen de evaluación de la competencia profesional que se ha aplicado en diversos países y expuso sus utilidades.

Por la tarde el Dr. Gago Huguet no pudo asistir pero envió a un representante a exponer el Examen Nacional de Calidad que se elabora por CENEVAL, éste fue muy cuestionado por la posibilidad de intervenir con la Autonomía Universitaria, al término de esta sesión el Dr. Ramiro de Jesús Sandoval expuso las propuestas nacidas en el interior de AMFEM y se pasó al trabajo por equipos coordinados por miembros de AMFEM, y con esto terminaron las labores de este día.

El viernes 26 de abril se iniciaron las actividades con la presentación a cargo del representante de la Organización Panamericana de la Salud el Dr. Francisco Campos, quien expuso el tema de la acreditación y el panorama Latinoamericano, emotiva presentación, que inquietó a los participantes y dio paso a la presentación de los avances del Programa Nacional de Calidad de la Educación en las Facultades y Escuelas de Medicina del país a cargo del Dr. Francisco Domínguez Garibaldi Secretario Académico de AMFEM, en donde se expusieron los avances en materia de acreditación con las primeras experiencias en este rubro en nuestro país.

Tocó el turno al Grupo de Informática Médica con el Dr. Carlos Salazar de la Universidad de Colima como coordinador, de presentar avances en este terreno y poner a disposición de los directivos diversos productos que estuvieron expuestos en un estand exprofeso.

Al término de esta sesión y con la idea de agilizar la sesión de negocios vespertina, se adelantó el programa, con la presentación del Dr. José Angel Córdova Villalobos y su ponencia sobre el Programa Nacional de Educación Médica Continua, en donde los criterios para validar los cursos de posgrado y sus equivalencias en créditos curriculares. Le siguió la ponencia del Dr. Enrique Aguirre H. sobre el Diplomado en Alta Dirección y los planes tan avanzados en este terreno que existen, con un programa concreto y fechas tentativas.

A continuación tuvimos la oportunidad de presenciar la ponencia del Dr. Guillermo Soberón Acevedo, Presidente Ejecutivo de FUNSALUD quien brillantemente expuso el tema de Estrategias para la Obtención de Recursos Financieros en Programas Prioritarios, este tema fue de interés general pues es una preocupación constante de todas las Facultades y Escuelas de Medicina del país dada la situación económica que atravesamos.

Al término de esta sesión, la Dra. Virginia Hidalgo Wong, Vocal de la AMFEM en conjunto con los Dres. Ruvalcaba y De la Torre, de las ENEP Iztacala y Zaragoza respectivamente, presentaron el Programa de Internado y Servicio Social.

Por la tarde se tuvo la sesión de negocios con la agenda descrita sin contratiempos.

Finalmente el sábado 27 de abril se llevó a cabo la presentación del Programa Nacional de Geriatría, por los Dres. Enrique Vargas y Luis Miguel Gutiérrez Robledo, exponiendo un temario probable y un texto a consideración. Siguiéndole la presentación del Dr. Pelayo Vilar Puig tocando el tema de los Consejos de Certificación. Para cerrar el programa académico el Dr. José Kuthy Porter Director de la Escuela anfitriona, hizo la presentación del Programa de Enseñanza de la Bioética.

De esta forma se terminó el programa académico de esta asamblea, con una participación importante en asistencia, presencia y actividad de la gran mayoría de las Facultades y Escuelas de Medicina de nuestro país.

INFORMACION PARA LOS AUTORES

La Revista de Educación Médica, de publicación cuatrimestral, es el órgano de difusión editorial de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina. En ésta se ofrece un espacio para que los investigadores y académicos de nuestras escuelas y facultades de medicina e instituciones de salud, publiquen los resultados de sus investigaciones y reflexiones en torno a la formación del médico.

■ SECCIONES DE LA REVISTA

EDITORIAL: *Estará a cargo de autores invitados por el Director de revista. Su extensión será de 3 cuartillas.*

REPORTES DE INVESTIGACION: *Abaraca estudios de tipo histórico, descriptivo y causal (experimental, causi-experimental, pre-experimental y ex-pos-facto) así como proyectos de investigación y desarrollo. Consta de título, resumen y palabras clave (en inglés y en español), introducción, material y métodos, resultados, discusión y conclusiones. La extensión máxima es de 20 cuartillas.*

ENSAYOS Y MONOGRAFIAS: *Reflexiones y sistematización conceptual acerca de la formación de los médicos. Consta de título, resumen y palabras claves (en español y en inglés). El contenido se organiza en las secciones que el autor considere convenientes. La extensión máxima es de 20 cuartillas.*

REUNIONES DE LA AMFEM: *Reseñas de las reuniones periódicas de la Asociación.*

CARTAS A LOS EDITORES: *Correspondencia enviada por los lectores con comentarios sobre el contenido de la revista.*

NOTICIAS ACADEMICAS: *Información acerca de eventos académicos recientemente realizados y de próxima verificación.*

RESEÑAS BIBLIO-HEMEROGRAFICAS: *Presentación sintética de libros o artículos de revistas de publicación reciente. La extensión máxima será de 5 cuartillas*

■ PRESENTACION DE LOS ORIGINALES

a) Tipografía: Escrito en hoja blanca tamaño carta, a máquina, por una sola cara, a doble espacio, con 4.5 cm de margen izquierdo y 2.5 cm de márgenes superior, inferior y derecho. La tipografía deberá estar bien contrastada.
b) Portada: Se anotan únicamente el título del trabajo, los nombres completos de los autores, su grado académico, la institución donde fue realizada la investigación, teléfonoy la dirección en la que los autores desean recibir correspondencia de los lectores.
c) Página de resumen: La segunda página debe contener nuevamente el título del trabajo (omitiendo el nombre de los autores), el resumen en español y en inglés así como las palabras clave en ambos idiomas. Los resúmenes no deberán exceder una extensión de 200 palabras cada uno.
d) Cuadros y Figuras: Los cuadros (no usar la palabra tabla) y las figuras (fotografías, esquemas y gráficas) se identificarán on números arábigos. Indicar el lugar del texto donde se desea que aparezcan.
e) Referencias bibliográficas: Se ajustarán a los criterios establecidos para los escritos médicos en el Acuerdo de Vancouver, utilizando el sistema referencia-número. Las referencias deben ordenarse numéricamente de acuerdo a la secuencia de aparición del texto.

Ejemplo de citas de revistas:

Pérez Tamayo, R. Revista Mexicana de Educación Médica. Etica Médica. 1990; 1 (3): 168-176.

Ejemplo de citas de libros:

Viniegra Velázquez, L. El pensamiento teórico y el conocimientomédico. México. Universidad Nacional de México 1988.

■ ENVIO DE ORIGINALES

Los documentos deberán enviarse en original y dos copias de óptimo contraste y definición. También se recibirán trabajos vía fax siempre que el documento ***original sea de óptimo contraste y no contenga cuadros o figuras de línea fina o medios tonos. Dirigir sus envíos a la sede de la AMFEM: Manuel López Cotilla No. 754. Colonia del Valle. C.P. 03100, México, D.F. Tel y Fax 687-93-23.***

■ DERECHOS Y OBLIGACIONES

a) El autor se compromete a enviar solamente originales inéditos.
b) la AMFEM se reserva el derecho de aceptar o rechazar las contribuciones enviadas para su publicación de acuerdo a las recomendaciones del Consejo Editorial. También se reserva el derecho de realizar las correcciones que considere necesarias. Los trabajos enviados para su publicación no serán devueltos.
c) La Revista informará a los autores el dictamen del Consejo Editorial en plazo máximo de 2 mses
d) Todos los trabajos publicados en la Revista Mexicana de Educación Médica son propiedad de la misma. ***Se autoriza su reproducción total o parcia, siempre y cuando se cite la fuente.***

CONTENIDO

EDITORIAL

REPORTES DE INVESTIGACION

El papel del profesor-tutor dentro de los grupos de alta exigencia académica en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.
Ma. Teresa Cortés, Ileana Petra, Sara Morales, Alfredo Illescas, Pilar Paz

El aprendizaje de la fisiología para un examen extraordinario en la Facultad de Medicina de la UNAM.
B. Barrera Mera, E.O., Hernández Ochoa, E. Barrera Calva

ENSAYOS

Los escenarios de la práctica clínica y la calidad en la Educación Médica.
Joaquín López Barcena

Programa Nacional de Geriatría; una propuesta para la Licenciatura en Medicina.
Luis Miguel Gutiérrez, Enrique Vargas Salado, José Angel Córdova Villalobos

XXXIX Asamblea Nacional Ordinaria de la A.M.F.E.M.
Escuela de Medicina, Universidad Anáhuac, 24-27 abril 1996.