



# REVISTA MEDICA

## DE COSTA RICA

PUBLICACION MENSUAL

ORGANO DEL COLEGIO DE MEDICOS Y CIRUJANOS  
Y DEL CENTRO DE ESTUDIOS MEDICOS  
"MORENO CAÑAS"

Director:

DR. JOAQUIN ZELEDON

CUERPO CONSULTIVO:

DR. RODRIGO LORIA CORTES  
Ministro de Salubridad Pública

DR. JOSE MANUEL QUIRCE MORALES  
Presidente del Colegio de Médicos y Cirujanos

DR. ANTONIO PEÑA CHAVARRIA  
Director del Hospital San Juan de Dios

### *Sumario:*

1. "CORRECCION DEL AGOTAMIENTO PROTEINICO"  
Por el Dr. Eduardo Palacios Planas ..... 1
2. PACRATITIS AGUDA  
Por el Dr. Mario Miranda ..... 16
3. INFORME DE LABORES DE LA JUNTA DIRECTIVA  
DEL COLEGIO DE MEDICOS Y CIRUJANOS, DURAN-  
TE EL AÑO 1954  
Por el Dr. Jorge de Mezerville ..... 27

SAN JOSE, COSTA RICA

DIRECCION Y ADMINISTRACION

Apartado 978 — San José, Costa Rica — Teléfono 2920

# REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Año XXII

SAN JOSE, COSTA RICA  
Enero - Marzo de 1955 - Nos. 249 - 251

Tomo XIV

## CORRECCION DEL AGOTAMIENTO PROTEINICO (\*)

Por el Dr. Eduardo Palacios Planas

La Habana, República de Cuba.

Un breve repaso de todo el cuadro clínico presentado por el agotamiento proteínico nos lleva a la conclusión de que la deficiencia proteínica puede manifestarse como una complicación de diversos estados patológicos y su presencia en cualquier paciente, cualquiera que sea su padecimiento, nunca debe inspeccionarse por completo. Toma inadecuada, digestión y absorción deficientes, pérdida excesiva, metabolismo aumentado, trastornos hepáticos, etc., cualquiera de estas causas puede conducir a un agotamiento proteínico ligero o severo. En tales circunstancias el volumen sanguíneo se reduce, el volumen líquido intersticial aumenta hasta que aparece el edema, la curación de las heridas se retarda y la resistencia a la infección e intoxicación disminuye.

Los efectos del agotamiento proteínico se extienden a toda célula viviente del cuerpo. La corrección de los estados de deficiencia proteínica, por lo tanto, es de un interés primordial para el médico.

Hay varias vías para llegar a la corrección del agotamiento proteínico. La vía de administración y el tipo del material nitrogenado que ha de emplearse, requieren algunas consideraciones. La selección del método de administración depende de la extensión del agotamiento, la necesidad relativa y la situación presentada por el paciente.

(\*) Trabajo presentado al Centro de Estudios Médicos Ricardo Moreno Cabas.

Hay dos vías de administración que pueden utilizarse indistintamente: la enteral y la parenteral, esto es, la administración por el tractus gastro-intestinal o la administración por inyecciones bien por la vía endovenosa, subcutánea o intramuscular. El tratamiento entérico incluye la administración oral de las proteínas o proteínas digeridas; mientras que la terapia parenteral incluye el uso de sangre íntegra, transfusiones de suero y plasma y soluciones de hidrolisados de proteínas.

Como dijimos anteriormente, la selección del método de administración depende del tipo y extensión del agotamiento proteínico. Las deficiencias crónicas y agudas requieren distintos tipos de tratamientos, porque las deficiencias de proteína crónicas indican pérdidas relativamente mayores de proteína del tejido que del plasma, mientras que las deficiencias agudas se refieren a mayores pérdidas de proteína circulante. La corrección enteral se indica generalmente en las deficiencias crónicas. Sin embargo, la extensión del agotamiento es muy importante en la determinación del método de administración. Las deficiencias crónicas de proteínas pueden ser tan severas como para requerir tratamiento parenteral inicial como complemento al tratamiento entérico. En las deficiencias agudas de proteínas del plasma tales como se observan en las quemaduras, el tratamiento entérico debe suplementarse con transfusiones parenterales para mantener un alto nivel proteínico.

El método de tratamiento preferido en las deficiencias proteínicas es el enteral. En los procesos fisiológicos normales el nitrógeno de la proteína se duplica cuando llega al organismo por la vía gastro-intestinal. Además, la alimentación parenteral nitrogenada puede reservar algún peligro al paciente por las reacciones posteriores que puedan ocurrir a menos que el material escogido sea antitóxico y no antigénico, y que el promedio de inyecciones se regule cuidadosamente. Sin embargo, puesto que la administración enteral lleva más tiempo en restaurar las proteínas de la sangre, la administración parenteral es la indicada para los déficits agudos en proteínas del plasma que ocurren en el shock o la hemorragia, aunque su uso está limitado por las varias dificultades técnicas así como por el peligro de formación trombótica.

## SECCION I

### Terapia Enteral:

Puesto que en la corrección enteral del agotamiento proteínico crónico, la cantidad de nitrógeno de la proteína a administrarse es la misma, usando la vía oral, epiplónica o rectal, la determinación de la cantidad de material necesario se discutirá en este lugar. Un dato de significación a este respecto es que en la

hipoproteinemía, debida a la insuficiencia dietaria, cada pérdida de un gramo de proteína del plasma está acompañado por una pérdida de cerca de treinta gramos de proteína del tejido (Sachar, Horvits and Eiman, 1942) de acuerdo con el concepto del equilibrio dinámico entre los dos. Cuando la regeneración toma lugar, sólo el 3.5% del nitrógeno retenido se usa para reponer la sero-albúmina, mientras que el 96.5% se utiliza para el reemplazamiento de la proteína del tejido. En los casos de hipoproteinemía crónica, el tratamiento enteral no es rápido y algunas veces se necesitan varias semanas antes que se observen aumentos significativos en los niveles de proteína del plasma. Desgraciadamente no hay forma de medir el mayor aumento en la proteína del tejido, que sucede simultáneamente.

Elman ha diseñado una fórmula de la que puede calcularse la cantidad total de proteína necesitada:

$$\text{Necesidad de Proteína:} = \frac{(A-AS) (W) (30) (K1) + (K2) (d)}{(100) (20)}$$

donde:

- A = A la concentración de sero-albúmina normal en gramo por 100 c.c. tomado como 4.6.  
 SA = Concentración de sero-albúmina real del paciente en Gm. por 100 c.c.  
 WW = Peso del paciente en Gm.  
 K1 = Alternativa de la fracción de nitrógeno ingerido-retenido.  
 K2 = El mínimo diario de necesidad de proteína endógena (por lo general 25 Gm. de proteína).  
 d = Número de días en que se propone corregir el agotamiento de proteína.

Necesidad de proteína es igual a la cantidad total de proteína en gramos que debe ser ingerida durante el período de regeneración de días (d).

El factor 20 en el denominador convierte al peso del cuerpo en volumen de plasma, mientras que el factor 30, representa la proporción entre la pérdida de proteína del plasma y del tejido.

**Ejemplos de la forma en que esta Fórmula puede ser aplicada:**

Ejemplo I.—Un individuo con un peso de 70 Kg. y un nivel de seroalbúmina de 3.1 Gms. por 100 c.c. Se encuentra que retiene la mitad del nitrógeno ingerido. Su volumen de plasma es de 3,500 c.c. (70,000) y él requiere 1.5% (4.6 - 3.1) aumento en la sero-

20

100

albúmina. En otras palabras él necesita 52.5 Gms. de albúmina (3,500 por 1.5%) para corregir su déficit del plasma. Puesto que los tejidos necesitan 30 veces esta cantidad, el agotamiento total

de las proteínas del tejido y del plasma en este caso es de 1,575 Gms. (30 por 52.5). Si el paciente retiene sólo la mitad del nitrógeno de las proteínas ingeridas entonces K1 se convierte en 2 y él debe ingerir 3,150 Gms. (1,575 por 2) de proteínas para reemplazar los 1,575 Gms. agotados por su cuerpo. En adición a esta cantidad el paciente necesita suficiente proteína para cubrir sus necesidades endógenas (25 Gm. por día). Si se desea corregir las necesidades de proteínas en este paciente en tres semanas, entonces la cantidad total necesitada en este período sólo de requerimientos endógenos sería 525 Gms. (25 Gms. diarios por espacio de 21 días), los cuales añadidos al total requerido para reconstruir el agotamiento (3,150 Gm.) revela un total de proteína necesitada de 3,675 Gms.

En otras palabras, 175 Gms. (3,675) de proteína tendrían que

---

21

ser administradas diariamente para corregir el agotamiento proteínico del paciente en 21 días.

Ejemplo II.—Un paciente que pesa 56 Kg., con sero-albúmina 3.5 Gms. por 100 c.c. y que retiene 2.3 del nitrógeno ingerido debe restaurarse al nivel normal en 10 días.

Proteína necesitada:  $(4.6-3.5) 56,000 \div (30) 3 + (25) (10) = 1636$  Gms.

<u>100</u>	<u>20</u>	<u>2</u>	=	1636	÷	10	=	163.6	Gms. por día.
------------	-----------	----------	---	------	---	----	---	-------	---------------

---

10

Debe enfatizarse que los cálculos dados arriba deben aplicarse sólo a casos de hipoproteïnemia crónica proporcionada por deficiencias dietarias de proteína. Cuando ocurre la hipoproteïnemia en conexión con la hemorragia, quemaduras, nefrosis o enfermedad hepática, esta relación de las proteínas del plasma y del tejido no se sostiene. De igual manera no es válida cuando está presente la deshidratación, porque entonces ambos cálculos del volumen del plasma basados en el peso del cuerpo y las determinaciones de concentración proteínica serán inexactos.

Para aquellos médicos con tiempo insuficiente o con facilidades para asegurarse los datos necesarios para el uso de la fórmula dada anteriormente, el hecho de que los individuos normales requieran 1 Gm. de proteína por Kg. de peso del cuerpo para su mantenimiento sugiere una cantidad básica para administrar a todos los pacientes. De acuerdo con los signos clínicos que indican la extensión de la desnutrición, una decisión arbitraria para administrar un incremento de 30, 80 ó 100 Gms. puede hacerse. Bajo estas circunstancias, desde luego, sería difícil pronosticar el tiempo requerido para corregir el agotamiento.

Una vez que la cantidad de nitrógeno de la proteína a administrar se calcula o se decide arbitrariamente, se presenta la elección de los medios para que esta cantidad pueda ser administrada. Esto comprende clase y calidad de proteína, así como también las limitaciones peculiares al paciente.

**Oral: —**

La ingestión oral de nitrógeno de la proteína es fisiológicamente normal, y por lo general el método más satisfactorio de tratar el agotamiento proteínico crónico. De hecho es la única vía por la que la terapia de mantenimiento puede continuarse indefinidamente. Cuando ha de administrarse la terapia oral el médico puede prescribir dietas altas en proteínas, preparaciones de hidrolisados de proteínas o preferiblemente combinaciones de ambas.

*Todos los pacientes agotados de proteínas que pueden o ingieran proteínas debiera dárseles una dieta alta en proteínas.* Los alimentos que tienen una alta proporción de proteínas incluyen carne, leche, huevo, productos de la leche, pescado, frijoles de soya, hígado y trigo (véase la tabla). Sin embargo la calidad de cada uno de estos alimentos proteínicos no es exactamente igual, puesto que difieren en su composición en aminoácidos. Dos gramos de proteína vegetal, por ejemplo, parecen ser necesarios para asegurar el mismo efecto en la construcción de la proteína del plasma y reducir el edema, como 1 gramo de proteína animal, puesto que la última suministra un surtido más completo. Aumentando la cantidad de proteína animal, por lo tanto, puede ser una forma menos voluminosa y más eficiente de aumentar la toma de nitrógeno. Sin embargo, el uso aumentado de proteína vegetal (trigo, frijoles de soya, etc.) no deja de tener su mérito cuando se considera los efectos suplementarios de proteínas "completas" e "incompletas" sobre ellas respectivamente, es más, la presente restricción mundial de proteínas de origen animal es tal que, tendrán que usarse mayores cantidades de proteínas en granos. En tanto que primeramente del 40 al 50% de la proteína dietaria era suministrada por grano y cereales, quizás en el futuro éstas suministren del 70 al 80% del nitrógeno de proteínas.

Una posibilidad particularmente interesante relacionada con la ingestión de cantidades aumentadas de proteínas de granos envuelve la suplementación; esto es, la adición de un alimento proteínico rico en un aminoácido particular a otro alimento proteínico deficiente en ese aminoácido.

Un estudio reciente de la suplementación de la proteína del trigo ha revelado las grandes posibilidades de este campo. Por ejemplo, aun después del enriquecimiento con ocho vitaminas y doce minerales, la habilidad proveedora del crecimiento (para ratas) de la harina de trigo puede doblarse con la suplementación de harina de maíz o semilla de algodón y puede cuadruplicarse

por la adición de harina de frijoles de soya. En consideración al hecho de que el trigo es uno de los alimentos proteínicos más completos, las posibilidades de ser suplementados por otros granos igualmente completos son sumamente prometedoras.

A veces es deseable mantener tomas bajas en grasa así como bien altas en proteínas. Esto se aplica especialmente al tractus biliar y al hígado, y a la preparación pre-operatoria del hígado. En tales situaciones la leche desnatada, clara de huevo y queso fresco llenan satisfactoriamente los requerimientos de tomas altas de proteínas y bajas en grasa. Similarmente las preparaciones de hidrolisados de proteínas contienen cantidades insignificantes de grasa.

Se acepta generalmente que la mayoría de los pacientes adultos no ingieren más de 100 ó 150 Gms. de proteínas al día, aun así se ha mostrado que si se les puede hacer tomar más de su máximo normal bien por alimentación forzada o por medio de preparaciones de hidrolisados de proteínas como suplemento a sus dietas una gran parte del suplemento será digerido, absorbido y utilizado.

La cantidad de suplementación proteínica que puede tomarse depende de los límites relativos de digestibilidad y absorción. Suponiendo que el límite superior de digestibilidad se alcanzara antes del de la absorción, los hidrolisados de proteínas, las preparaciones que contienen alimentos ya digeridos pudieran ser efectivamente administrados hasta el punto en que el límite absorbente se alcanzara. En un estudio reciente, los infantes con trastornos gastro-intestinales agudos, tales como vómitos, diarrea, deshidratación y acidosis, se mantuvieron en un balance positivo de nitrógeno por la administración de un hidrolisado de caseína, esto acusa una indicación de la ausencia de barreras absorbentes aun en presencia de desórdenes alimenticios. Un aumento de un 50% de nitrógeno en la toma ordinaria para niños (2.4 a 3.6 Gms. de proteína por Kg. de peso) se ha obtenido fácilmente añadiendo hidrolisado de proteína a la dieta. El límite absorbente, parecería ser suficientemente alto para permitir el tratamiento enteral completo y efectivo con dietas altas en proteínas y suplementos de hidrolisados de proteínas en todos los casos, excepto en la hipoproteinemia aguda en la que no se puede esperar que la proteína del plasma se sintetice o en los casos de afecciones hepáticas o en los casos en que está alterada la función de absorción.

Los hidrolisados de proteínas están preparados en el laboratorio por medio de la acción de ácidos, álcalis o enzimas. Ellos representan la desintegración de la molécula de la proteína original en una mezcla de los aminoácidos constituyentes y más o menos cantidades pequeñas de polipéptidos. Los ácidos destruyen al triptófano; los álcalis causan la racemización de los aminoácidos y también destruyen la cistina y otros aminoácidos de que dependen las condiciones del tratamiento. Las preparaciones

---

derivadas por el uso de cualquiera de estos agentes requieren la suplementación con los aminoácidos perdidos. Los hidrolisados enzimáticos no tienen esta desventaja, aunque al contrario la hidrólisis es menos completa dando lugar a una mayor proporción de péptidos.

La caseína digerida ha sido usada en una extensión considerable. La caseína es una proteína completa y se ha mostrado que es capaz de proveer un balance de nitrógeno positivo, manteniendo el peso y promoviendo el crecimiento. Sin embargo el valor de la caseína está limitado por su bajo contenido de aminoácidos azufrados y cuando se administra como la única fuente de nitrógeno dietario debe darse a un nivel del 18% de la dieta para asegurar el crecimiento, en contraste al 9 o el 10% de nivel requerido para la lacto-albúmina y ovo-albúmina. Es más, puesto que las dietas normales contienen una variedad de proteínas de los distintos alimentos proteínicos que se ingieren, un hidrolisado preparado de varios de ellos tendría una base fisiológica más firme que el preparado de una sola sustancia proteínica, no importa cuán completa ésta sea. "La combinación de hidrolisados de varias proteínas ofrece grandes posibilidades. Es bien conocido que las proteínas difieren en su composición de aminoácidos, y esto hace posible seleccionar para la hidrólisis dos proteínas que suplierten sus deficiencias respectivamente. Así se combinaría una proteína baja en cistina y alta en triptófano con una alta en cistina y baja en triptófano y se llegaría a un hidrolisado ideal". (Martín and Thompson) (1943).

Los principios de suplementación, por lo tanto, se aplican igualmente a los hidrolisados de proteínas como a los alimentos proteínicos y una preparación derivada de una sola proteína será menos completa nutricionalmente que la preparada de varias proteínas distintas. Hasta el presente, se han hecho considerables trabajos experimentales con proteínas digeridas simples y puesto que los resultados han sido prometedores, ha de esperarse que los beneficios indicados por los reportes recientes sobre hidrolisados mixtos serán tenidos en cuenta más adelante.

En cualquiera de los casos como única fuente de nitrógeno o como suplemento a una dieta proteínica inadecuada, las proteínas digeridas proporcionan un balance de nitrógeno positivo. Es evidente que al obtenerse un balance de nitrógeno positivo hay un mayor crecimiento y hay algunas experiencias que muestran que *gramo por gramo de nitrógeno ingerido* de una proteína digerida causa un aumento mayor de peso que la proteína original de por sí. La regeneración de la sero-proteína también resulta de la administración del hidrolisado de proteína así como por la administración de alimentos proteínicos. No hay duda de que los hidrolisados de proteínas son, al menos, nutricionalmente iguales a las proteínas originales no digeridas.

La administración de hidrolisados de proteínas está indicada

---

para aquellos pacientes en quienes la proteína integral no es digerida propiamente y para aquellos que necesiten cantidades de proteínas mayores que las que puedan consumirse en la dieta. Las preparaciones de hidrolisados de proteínas han sido usadas en la mayoría de los síndromes clínicos asociados con agotamiento proteínico. Algunas condiciones clínicas que han sido reportadas en la literatura hasta el presente son: el edema nutricional, estados alérgicos, desnutrición, enfermedades hepáticas, colitis, nefrosis, glomerulonefritis crónica activa, hipertiroidismo, anorexia, cáncer del tractus gastro-intestinal, quemaduras y úlceras. Otras condiciones en que los hidrolisados de proteínas pueden ser indicados son la anemia, aquilia gástrica, hiperclorhidria, aquilia pancreática, embarazo, infecciones crónicas; en resumen cualquier estado de deficiencia proteínica que se manifieste primeramente como una deficiencia proteínica o secundariamente de otra enfermedad.

En cirugía los hidrolisados de proteínas están indicados para la reconstrucción rápida del estado nutricional, para fortificar al hígado contra la anestesia y la operación y para reducir la morbilidad y mortalidad post-operatoria.

La dosis suplementaria de preparaciones de hidrolisados de proteínas dependen del contenido proteínico de la dieta, los requerimientos particulares del paciente, la forma de preparación que ha de usarse y la cantidad de carbohidratos administrada. La ingestión simultánea de carbohidratos se requiere para liberar el nitrógeno proteico de la necesidad de suministrar energía combustible. Al menos el 50% del requerimiento calórico total debe ser en forma de carbohidratos y la relación de carbohidrato-proteína debe ser entre 3 y 4 a 1. En un paciente cuyo requerimiento diario de 100 gramos de proteínas se cumple en parte por los 70 gramos de alimentos proteínicos mas las dosis de hidrolisado de proteína que será una cantidad que contenga el nitrógeno equivalente a 30 gramos de proteína, la toma total de carbohidratos debe ser de 300 a 400 gramos.

En los casos de deficiencia proteínica extrema, deben administrarse grandes cantidades de proteína digerida conjuntamente con una dieta alta en las mismas, en tomas frecuentes y éstas pueden suplementarse por nitrógeno intravenoso en la forma de plasma o proteína digerida. Lo racional aquí es análogo a la forma de administración de grandes dosis de vitaminas por todas las vías posibles en los estados de deficiencia vitamínica; el objeto, desde luego, es vencer la deficiencia, tan rápido como sea posible.

#### **Orroyunai y Yeyunai:—**

Quando el paso de alimentos a través de la boca, esófago o estómago es imposible o no es deseable se tiene el recurso de alimentar al paciente a través de una sonda gástrica. Desde luego

---

una dieta líquida o semi-líquida puede administrarse de esta forma si la función digestiva del paciente no está alterada. En los trastornos gastro-intestinales, sin embargo, el descanso alimenticio es a veces imperativo, aunque la restauración y mantenimiento de la nutrición son igualmente vitales. Ambas condiciones se establecen cuando el alimento predigerido se introduce directamente al tractus gastro-intestinal. Así la alimentación pre-operatoria por medio de la sonda, con proteínas predigeridas y carbohidratos asimilables, refuerza y fortifica a los pacientes debilitados que no pueden comer o no desean comer una dieta ordinaria. Post-operatoriamente, la nutrición puede mantenerse y asegurarse una rápida curación de las heridas y anastomosis sin esfuerzo sobre las funciones digestivas. En las resecciones y anastomosis para úlceras, tumores, carcinomas, etc., la alimentación por la sonda gástrica de nutrientes predigeridos encuentra su indicación más positiva y más común. Es también valiosa en los casos de desnutrición extrema acompañada de inapetencia, como en la anorexia nerviosa.

#### Rectal:—

La alimentación rectal por medio de hidrolisados de proteínas y mixturas de aminoácidos se ha reportado. La utilidad de la alimentación rectal es sin embargo muy limitada por las variabilidades en la absorción.

#### Análisis de Alimentos Comunes

	Proteína	Carbohidrato	Grasa
Leche integral ... ..	3.5%	4.9%	3.9%
Leche desnatada ... ..	3.5	5.0	0.2
Queso americano ... ..	23.9	1.7	32.3
Requesón ... ..	19.2	4.3	0.8
Queso crema ... ..	7.1	1.7	36.9
Huevos ... ..	12.8	0.7	11.5
Clara de huevos ... ..	10.8	0.8	0.0
Tocino ... ..	12.2	1.4	53.0
Hígado de res ... ..	19.7	6.0	3.2
Pollo ... ..	21.1	0.0	4.5
Jamón sin grasa ... ..	19.5	0.3	25.0
Chuletas de cordero ... ..	21.7	0.7	29.9
Chuletas de puerco ... ..	14.8	0.0	32.0
Bisteack ... ..	18.7	1.4	17.0
Chuletas de ternera ... ..	18.6	0.0	15.0
Pescado ... ..	18.6	0.0	5.2
Langosta ... ..	16.2	0.5	1.9

se usa éste como anticoagulante. La práctica general requiere el uso de 50 c.c. de una solución al 5% de citrato de sodio por 500 c.c. de sangre íntegra. El plasma producido de tal modo puede ser alrededor de 250 a 300 c.c. Tomando como promedio 275 c.c. que contienen 17.5 Gms. de proteínas del plasma, este peso de proteínas estará acompañado por un promedio de 0.625 Gms. de citrato de sodio y un paciente que recibe 300 Gms. de proteína también se le dan más de 10 Gms. de citrato de sodio.

Hay dos desventajas comunes a la sangre íntegra, al plasma y a las transfusiones de suero que restringen su uso primariamente a los déficits intravasculares agudos. La primera tiene que ver con las cantidades requeridas. Por ejemplo: 1000 c.c. de plasma no diluido contienen sólo 70 Gms. de proteína. En muchos casos donde las proteínas del plasma se pierden rápidamente de la circulación no pueden acumularse cantidades suficientes para cubrir las pérdidas excesivas por el tiempo que se requiere para la administración intravenosa de grandes volúmenes de plasma. Considerada prácticamente, la administración de 100 Gms. de proteína requerirían aproximadamente 4000 c.c. de sangre íntegra o 2000 c.c. de plasma; esta cantidad representa la sangre obtenida por lo menos de ocho donantes. Algunos casos se han reportado en los cuales la cantidad de plasma requerido fue tres veces el volumen normal de plasma circulante para corregir la hipoalbumemia.

La segunda desventaja en la transfusión de plasma es que hay algunas dudas con respecto a la extensión en que las proteínas del plasma suministran nitrógeno para la nutrición del tejido. De si las células tisulares aceptan el nitrógeno directamente en la forma de proteína del plasma; o si la proteína del plasma primero debe ser hidrolisada en agregados de aminoácidos o de aminoácidos en sí, no se sabe definitivamente. En las inyecciones de grandes cantidades de plasma a perros hipoproteínicos, se ha notado una excreción aumentada de nitrógeno durante una semana después. Otros investigadores, sin embargo, usando cantidades más pequeñas de plasma, reportan la utilización del nitrógeno del plasma por el tejido tisular. Además de las distintas cantidades de plasma inyectado hay una variación en la técnica experimental en los dos casos mencionados y es la diferencia en el anticoagulante usado.

En las últimas investigaciones se utilizó plasma heparinizado mientras que en los primeros experimentos se utilizó citrato. Existe la posibilidad de que las grandes cantidades del ión citrato inyectado en los casos donde la excreción de nitrógeno aumenta, se notó pudiera ser tóxico. Es posible que las diferencias observadas también puedan referirse a los distintos métodos de agotamiento y a la extensión en el agotamiento de proteína del tejido.

El plasma, entonces, es primeramente útil para corregir las deficiencias proteínicas agudas y críticas dentro de los vasos san-

---

guíneos, pero su valor como fuente de nutrición nitrogenada para los tejidos del cuerpo no es práctica y puede además ser limitada.

Varias sustancias se han sugerido como substitutos del plasma. La reinyección del líquido ascítico, que tiene un alto contenido en proteínas, en pacientes con cirrosis del hígado se ha llevado a cabo con algún éxito; pero su aceptación general está limitada por las inconveniencias que envuelve, esto es, precauciones asépticas estrictas necesarias para su extracción y los suministros relativamente pequeños disponibles. Un derivado de proteína de sangre humana recientemente sugerido, sero-albúmina concentrado, es al presente objeto de pruebas clínicas. Es muy dudoso de si tal producto puede ser práctico para el uso regular o al menos que las ventajas derivadas de su empleo en la terapia moderna sean mucho mayores que las obtenidas con el plasma.

Entre los substitutos no proteínicos del plasma, se ha concentrado el interés en el uso de la acacia y la pectina. El uso de la acacia se ha defendido por algunos clínicos; pero el daño al hígado que ella puede producir descarta cualquier ventaja que posea. Las soluciones de pectina se han reportado recientemente como efectivas en el tratamiento del shock en sujetos humanos, pero aquí también puede existir la posibilidad de ser perjudicial al hígado. Es bueno hacer resaltar el hecho de que sustancias tales como la acacia y pectina, que ejercen presión osmótica y que por lo tanto pueden restaurar el volumen sanguíneo, al menos temporalmente, en ninguna forma corrigen el agotamiento proteínico de la sangre. Disolviendo la sangre ellos reducen la concentración de proteína del plasma. La administración de estas sustancias para combatir el shock a menos que estén complementadas por una terapia para aumentar la proteína del plasma, no atacan el problema en su base; carencia de proteína de la sangre.

La administración parenteral de soluciones de hidrolisados de proteínas a seres humanos para la alimentación nitrogenada fue reportada primeramente por Elman y Weimer en 1939. El uso parenteral satisfactorio de hidrolisados en animales experimentales también se ha anotado. En los seres humanos las preparaciones de hidrolisados de proteínas introducidos en la corriente sanguínea se ha demostrado que producen un balance de nitrógeno positivo y aumentan la proteína del plasma y ejercen, además, su efecto lipotrópico usual. Maden y otros usaron en perros hipoproteínicos un hidrolisado de caseína preparado por digestión enzimática encontrando que permitía bastante buena producción de proteína del plasma; mientras que un hidrolisado ácido de caseína fortificado con triptófano escasamente proveía el equilibrio nitrogenado y no permitía virtualmente la sintetización de proteína del plasma.

Los hidrolisados de proteína intravenosa precariamente sustituyen al nitrógeno de la proteína que entran por el tractus gas-

tro-intestinal. Las únicas indicaciones por lo tanto, para este tipo de medicación son las condiciones en las cuales la alimentación enteral es imposible, inadecuada o indeseable. En muchos problemas gastro-intestinales los pacientes pueden estar mejor preparados para la operación con una alimentación intravenosa preliminar. La necesidad de una alimentación intravenosa se hace más crítica en el periodo inmediato siguiente a las operaciones mayores. En las operaciones del tractus gastro-intestinal las contraindicaciones a la alimentación oral pueden ser prolongadas. Generalmente se inserta una sonda de enterostomía la cual facilita y permite la alimentación post-operatoria tanto tiempo como se desee sin peligro de flebitis o temor a las reacciones subsecuentes por la administración intravenosa de soluciones de hidrolisados de proteínas. Además de su uso en cirugía, el hidrolisado intravenoso de proteína ha sido usado con éxito en la nefrosis y enfermedad hepática. Farr ha aminorado notablemente de sus estadísticas la mortalidad en las crisis nefróticas usando diluciones de hidrolisado de proteínas. Fagin y Zinn reportaron el mejoramiento del edema periférico, atrofia en el tamaño del hígado y bazo y mejoramiento de la función hepática en cinco casos de cirrosis hepática a los cuales se le administraron 300 c.c. de una solución de aminoácidos al 15% diariamente por cuatro semanas como complemento a una dieta que contenía 80 Gm. de proteína. Un reporte posterior muestra que los aminoácidos inyectados poseen una marcada actividad lipotrópica, el porcentaje de grasa en el hígado y la proteína varía inversamente. Esta avanzada demostración de la actividad lipotrópica, da un sostén más al valor de la administración pre-operatoria de los hidrolisados de proteína entérica o parenteralmente con el objeto de propender a un buen funcionamiento hepático.

Las soluciones de hidrolisado de proteína para uso intravenoso se dan simultáneamente con soluciones de glucosa, para ahorrar los aminoácidos para sus funciones más exclusivas. Soluciones al 5% con el 5 ó el 10% de dextrosa se emplean comúnmente. Las reacciones (como hiperemela, sensación de calor, dolor abdominal y náuseas) pueden evitarse ampliamente por el control cuidadoso del promedio de inyección. Al menos pueden darse 10 Gms. de aminoácidos en una hora sin que se eliminen por la orina. Elman y Lischer han reportado que el cuerpo puede asimilar hasta 25 Gms. por hora. La dosis total diaria intravenosa por lo general varía de 35 a 130 Gms.; pero algunos investigadores han llegado a administrar hasta 300 Gms. de esta manera.

La administración parenteral a niños de una mixtura de veinte aminoácidos cristalizados se ha reportado que es también útil como el hidrolisado de caseína. Un trabajo hecho con animales de experimentación inyectando una mezcla de diez aminoácidos esenciales ha revelado también una buena utilización, aun

---

cuando el costo de la inyección es muy alto. Este trabajo aunque preliminar, sugiere prometedores avances terapéuticos en dirección a la terapia de aminoácidos cristalinos.

#### **Subcutáneas y Epidural**

Otras vías para la administración de soluciones he hidrolizado de proteínas son la subcutánea y la epidural. Estos métodos especialmente la vía subcutánea puede ser útil a los pacientes que ofrecen dificultad en sus venas para la administración intravenosa o donde la administración parenteral ha de continuar durante un largo período.

#### **Una Profesía**

De un campo que se desarrolla tan rápidamente como es el estudio del metabolismo de las proteínas, puede esperarse notables avances en un futuro próximo.

La determinación de los aminoácidos esenciales para el equilibrio del nitrógeno en el hombre adulto serán seguidos, posiblemente, por el descubrimiento de los síndromes específicos por deficiencias de aminoácidos. Los estudios a lo largo de esta línea, indican, por ejemplo, que la carencia de valina resulta en notable debilidad muscular y que la carencia de arginina puede causar azoospermia. La terapéutica del futuro puede bien orientarse entonces, a la administración de los aminoácidos específicos o las mixturas específicas de aminoácidos para la corrección de estos síndromes. La similitud con los estados de deficiencia vitamínica es particularmente aparente aquí, y la inclusión de Rosenberg de los aminoácidos esenciales entre los vitágenos es la más apta. Sin embargo, la analogía difiere en que en las deficiencias específicas de aminoácidos, la administración del ácido carente debe estar acompañado por todos los aminoácidos "esenciales" para que se obtengan el balance de nitrógeno.

La continuada exploración de las posibilidades de estos recientes agentes terapéuticos — "hidrolizados de proteínas y aminoácidos cristalizados" — prometen que la ciencia médica podrá ser capaz de avanzar a lo largo de vastos y amplios frentes en el tratamiento satisfactorio de muchas dolencias.

## PANCREATITIS AGUDA (1)

DR. MARIO MIRANDA G.,  
Pre-Asistente del Servicio N° 1 de Medicina,  
Hospital San Juan de Dios

---

### I.—Introducción

El nombre "pancreatitis aguda" sugiere en clínica una entidad poco frecuente, de diagnóstico difícil, de tratamiento en discusión y de mecanismos etiopatogénicos todavía no bien establecidos.

El interés de la afección justifica, en nuestra opinión, traer ante ustedes tres observaciones clínicas ilustrativas, en las cuales el diagnóstico ha quedado bien fundamentado. Mencionaremos también algunos de los conceptos sobre pancreatitis aguda en que mayor énfasis se pone hoy día.

### 2.—Material

Se trata de tres enfermas observadas en el Salón Peralta, Servicio N° 1 de Medicina, en las cuales se planteó el diagnós-

---

(1) Trabajo presentado en la primera sesión de la Sociedad de Medicina Interna de Costa Rica.

tico clínico de pancreatitis aguda, que fue confirmado en un caso con la autopsia y en los otros dos por los exámenes de laboratorio y la evolución de los pacientes.

#### Casos Clínicos

Caso No 1. T.S.M.—De sexo femenino, soltera, de 46 años de edad. N° de archivo general: 287384.

La paciente ingresó el día 18 de julio de 1952 al salón de Medicina de Mujeres Peralta con la siguiente anamnesis: hace dos días, por la tarde, tuvo dolor epigástrico repentino, intenso y mantenido que duró una hora y no se acompañó de otros síntomas. Desapareció también en forma repentina. Ayer a las 7 a. m. reaparece el dolor con las mismas características, pero esta vez no cede. Se mantuvo hasta las 7 p. m., hora en que se hizo difuso a todo el abdomen y aparecieron vómitos verdosos frecuentes.

**Examen físico.**—Paciente pasiva en cama, angustiada, sudorosa, en buen estado nutritivo, piel fría, sobre todo en las extremidades, temp. 35.8°C. (bucal) pulso 144, regular. Presión arterial 130/S. 48 respiraciones por minuto, de tipo costal. Conjuntivas oculares con ictericia dudosa, lengua saburral, algo seca, corazón con taquicardia, pero con tonos normales, los campos pulmonares sin halazgos patológicos. En el abdomen se apreciaba lo siguiente: Casi inmóvil. A la palpación hay defensa en todo el hemiabdomen superior, acentuada. Gran sensibilidad difusa. El hemiabdomen inferior está muy sensible pero es depresible. El hígado no se pudo explorar a la palpación, lo mismo el bazo.

Se planteó el diagnóstico provisional de pancreatitis aguda, y se pidieron de urgencia los respectivos exámenes de laboratorio.

#### Exámenes de laboratorio

19-VII.- Recuento leucocitario. Glóbulos blancos por mm<sup>3</sup> 20.800.  
 Fórmula diferencial: Baciliformes 13%, segmentados 80%,  
 linfocitos 6%, monocitos 1%.  
 Determinación de glóbulos rojos: 5.270.000, Hemoglobina:  
 16 gm.%.  
 Determinación de amilasas en el suero (Método de Winslow): 128 unidades.  
 Determinación de amilasas en la orina: 1024 unidades.  
 Glicemia: 312 mgm.%.  
 Reacción de Kahn y VDRL: negativas ambas.

La paciente fue tratada con suero fisiológico por vía parenteral, atropina por vía parenteral, analgésicos, quinina por vía endovenosa, antibióticos y cortirrenal.

No obstante este tratamiento la condición de gravedad de la paciente persistió sin cambios y falleció el 21 de julio, el tercer día de su ingreso. Tuvo fiebre hasta 37.4 en dos oportunidades.

**Resumen de la autopsia**

Cadáver femenino obeso. Talla 1.52. peso 68 Kgs.

Organos del cuello y cavidad torácica no se examinan.

Cavidad abdominal: El peritoneo del epiplón y mesenterio en relación con el pancreas aparece lleno con manchas de esteato-necrosis. Hematoma en el mesenterio.

El cuerpo, cola y cabeza del pancreas presentan múltiples zonas de necrosis e infiltración hemorrágica.

En el resto de los órganos de la cavidad abdominal solo se encontró tumefacción turbia.

En el examen histológico además de focos extensos de necrosis y hemorragias en el pancreas, y degeneración granular del hígado, se encontró una nefritis y nefrosis albuminúrica y hemoglobi-núrica agudas.

**Caso N° 2.**

V.L.V., de sexo femenino, 22 años de edad. Número de archivo general: 306738. La paciente ingresó el día 25 de marzo de 1953 al salón de Medicina Peralta, refiriendo la siguiente anamnesis: desde la mañana anterior a su ingreso comenzó a sentir dolor intenso en el epigastro, sin causa aparente, que le aumenta con los alimentos y se le irradia al hipocondrio izquierdo. Náuseas y vómitos de color verde claro. Cefalea y sensación febril.

**Examen físico:** Paciente angustiada por el dolor, lúcida, buen estado nutritivo, pulso 84 regular, temperatura 37.8°C. (oral), P. A. 100/40, 16 respiraciones por minuto, Lengua saburral, tórax simétrico, corazón de tonos normales, pulmones sin alteraciones. Abdomen: sensibilidad marcada en epigastro e hipocondrio izquierdo, donde hay defensa muscular. Hígado en límites normales.

Se hizo el diagnóstico provisional de cólico biliar o pancreatitis aguda.

**Exámenes de laboratorio**

27-111. Examen de orina. Albúmina: no hay. Azúcar: si hay. Muchos Leucocitos. Resto del examen negativo.

25-111. Glicemia. 127 mgm.

28-III. Pruebas de floculación. Hanger, oro coloidal, timol y agua bidestilada, todas negativas. Colesterol: 181 mgm%. Bilirrubina total: 1 mgm%.

26-111. Recuento y fórmula leucocitaria. Glóbulos blancos: 15.200. Metamielocitos 3, baciliformes 5, segmentados 76, linfocitos 14, monocitos 2%.

30-111. Examen parasitológico de heces. Positivo por Ancylostoma, Trichuris trichiura, tenia y Trichomonas hominis.

Determinación de amilasas en la orina. (Método de Winslow).

25-111- 256 Unidades por 100 c.c. de suero.

27-111- 16 Unidades por 100 c.c. de suero.

Determinación de amilasas en la orina. (Método de Winslow).

25-111- 4096 Unidades por 100 c.c. de orina.

27-111- 128 Unidades por 100 c.c. de orina.

28-111- 128 Unidades por 100 c.c. de orina.

31-111- 32 Unidades por 100 c.c. de orina.

Los valores normales con este método son, para el suero de 8-64 unidades, y para la orina de 8-32 unidades.

31-111- Colecistografía (Priodax). No se impregna la vesícula.

#### **Evolución y tratamiento**

La paciente fue tratada con penicilina, líquidos por vía parenteral y atropina por vía subcutánea. El dolor y los vómitos cedieron a los días de su ingreso, y de allí rápidamente se recuperaron el apetito y el bienestar subjetivo. Tuvo fiebre discreta los tres primeros días de su estancia, y luego quedó apirética. Salió a los 13 días en muy buenas condiciones.

#### **Caso N° 3.**

F.R.L., sexo femenino, de 31 años; ingresó a la sección de medicina Peralta el día 23 de abril de 1953. N° de archivo general: 309278.

**Anamnesis:** hace dos días comenzó con escalofríos, y a las pocas horas apareció dolor epigástrico intenso e irradiado al hipocondrio derecho, dolor persistente que posteriormente también se ha irradiado al hipocondrio y hombro izquierdo. Además ha tenido vómitos biliosos dos o tres veces al día y mareos. Desde ayer tiene orinas de color rojizo.

**Examen físico:** Enferma en posición pasiva, angustiada y quejumbrosa, viso violáceo de la piel, ictericia difusa, pulso 98, regular, temperatura 37.2, 16 respiraciones por minuto, presión arterial de 115/95. Conjuntivas ictéricas, lengua saburral, tórax simétrico, corazón de tonos normales. Pulmones: la movilidad de la base pulmonar izquierda aparece disminuida. No se encuentra alteraciones de la percusión o auscultación. Abdomen: El abdomen aparece moderadamente meteorizado, con movilidad muy disminuida, sonoro. A la palpación no se encuentra resistencia abdominal, pero a la palpación moderadamente profunda se despierta vivo dolor en todo el abdomen, muy preferentemente en el hemiabdomen superior. Esta sensibilidad se sigue de una resistencia muscular voluntaria. El hígado se percute desde la 6a. cos-

---

tilla hasta el reborde costal sin que se pueda explorar por palpación debido a la sensibilidad. El bazo no se puede explorar bien.

Se hizo el diagnóstico provisional de pancreatitis aguda, y como otras posibilidades el de litiasis biliar y hepatitis.

#### Exámenes de laboratorio

23-IV. Orina. Normal.

23-IV. Fórmula leucocitaria y recuento. Glóbulos Blancos. 8.960. Eosinófilos 2, baciliformes 2, segmentados 72, linfocitos 20, monocitos 4.

25-IV. Pruebas de floculación.

Hanger: dos cruces. Oro coloidal, rojo coloidal, timol, agua bidestilada, negativas. Celésterol 180 mgm%, bilirrubina total 2.2 mgm.%.

25-IV. Determinación de fosfatasa alcalinas.

9.3 Unidades Bondansky por 100 c.c. de suero.

29-IV. Bilirrubinemia. Bilirrubina total 0.46%.

30-IV. Examen parasitológico de las heces: positivo por *Trichuris trichuria*.

Determinación de las amilasas en el suero. (Método de Winslow).

23-IV. 128 Unidades por 100 c.c. de suero

24-IV. 32 Unidades por 100 c.c. de suero.

25-IV. 16 Unidades por 100 c.c. de suero.

27-IV. 8 Unidades por 100 c.c. de suero.

Determinación de las amilasas en la orina. (Método de Winslow).

23-IV. 1024 Unidades por 100 c.c. de suero.

24-IV. 512 Unidades por 100 c.c. de suero.

25-IV. 128 Unidades por 100 c.c. de suero.

27-IV. 32 Unidades por 100 c.c. de suero.

28-IV. Colectistografía (Priodax). No se impregna la vesícula.

#### Evolución y tratamiento

La paciente fue tratada con líquidos por vía parenteral, antibióticos (penicilina), atropina por vía subcutánea, 1/2 mgm. cada seis horas, y evacuador gástrico. Al día siguiente de su ingreso comenzó a quejarse de dolor de tipo pleural en la base izquierda, y a la exploración se descubrió un síndrome de derrame pleural. Se extrajeron 150 c.c. de líquido amarillento, que resultó tener 2.7 gm. de albúminas totales por 100 c.c. A los tres días de su ingreso sus síntomas comenzaron a ceder y por el 5° ó 6° día su sintomatología era escasa. Estuvo febril los cinco primeros días y después quedó afebril. Estuvo 11 días en el hospital y salió en muy buenas condiciones.

### 3.—Comentarios

La etiopatogenia de la pancreatitis aguda ha sido objeto de mucha discusión. Han sido invocados varios mecanismos y probablemente la clasificación de Bockus (2) es la que los menciona en forma más completa:

#### I. Pancreatitis de origen infeccioso.

- A. Linfógena.
- B. Hematógena.
- C. Extensión por vía de los conductos pancreáticos desde el duodeno a los conductos biliares.
- D. Extensión directa desde focos infecciosos o una viscera adyacente enferma.
- E. Activación de las enzimas por bacterias en la glándula normal.

#### II. Pancreatitis de origen no infeccioso.

- A. Debido al reflujo en el conducto pancreático de:
  - 1. Bilis (teoría del conducto común) producido por:
    - a) Cálculo o edema de la ampolla de Vater.
    - b) Espasmos del esfínter de Oddi.
    - c) Diversos factores.
  - 2. Contenido duodenal.
- B. Obstrucción de los conductos pancreáticos por:
  - 1. Metaplasia epitelial.
  - 2. Cálculo enclavado en el conducto pancreático o en la ampolla de Vater.
  - 3. Tumor, estrechez o edema.
  - 4. Divertículo duodenal.
- C. Trauma.
- D. Accidentes vasculares: embolia, trombosis, roturas.

#### III. Una combinación de dos o más factores.

Ante tal variedad de mecanismos etiopatogénicos, lo más probable es que algunos ocurran más frecuentemente que otros. El mismo Bockus considera fuera de duda que los cambios anatomopatológicos en el páncreas se deben a la acción de los fermentos pancreáticos sobre el mismo órgano.

El cuadro clínico de la pancreatitis es variable. Diríamos que la variación se observa en cuanto a la intensidad del cuadro más que en cuanto a diferencias en la naturaleza de los síntomas. Va desde el caso fulminante, con severísimo dolor epigástrico, hasta el paciente cuya afectación pudo haber pasado por un cólico biliar no especialmente severo.

La afección se presenta en adultos, por lo general entre los

30 y los 60 años. Son muy frecuentes las asociaciones con colecistopatías, con el alcoholismo y la obesidad.

El síntoma clave es el dolor. Siempre prominente, puede llegar a ser muy severo. Generalmente epigástrico, tiende a irradiar al hipocondrio izquierdo y a la espalda. La irradiación hacia la izquierda es importante, porque es uno de los hechos que más sugiere el diagnóstico de pancreatitis aguda. En otras ocasiones, el dolor, no tan intenso, es comparable al de un cólico biliar, y puede no tener irradiación hacia la izquierda sino más bien hacia el hipocondrio derecho.

Los vómitos se presentan en un alto porcentaje de casos y aparecen precozmente.

El examen del paciente revela shock en los casos más graves. El enfermo tiende a tomar la misma posición de los que sufren de peritonitis aguda. Es frecuente la presencia de ictericia, cuya patogenia no está bien establecida (6). Debe tenerse en mente que la pancreatitis puede ser un fenómeno acompañante en episodios de colecistitis aguda.

Se ha descrito en los pacientes que sufren de pancreatitis aguda un tipo especial de cianosis, en forma de manchas de color azul pizarra en las extremidades y el tronco.

El examen del abdomen es de fundamental importancia para plantar el diagnóstico correcto. Por lo general se encuentra meteorizado, con abolición de los movimientos respiratorios. La palpación revela intensa sensibilidad en el hemiabdomen superior, preferentemente en el cuadrante superior izquierdo. Las paredes abdominales pueden estar depresibles, pero a la menor presión se produce un espasmo voluntario por el intenso dolor que se despierta. En otras ocasiones hay rigidez muscular involuntaria, tal como la encontrada en las peritonitis agudas.

En el hemiabdomen inferior los signos usualmente son menos acentuados, estando las paredes depresibles y despertándose menos dolor a la palpación. La percusión puede evidenciar matidez epigástrica y en el hipocondrio izquierdo.

La auscultación por lo general revela silencio abdominal.

En los exámenes de laboratorio deseamos insistir sobre todo en la prueba de las amilasas sanguíneas. Nos parece muy completo un conjunto de conclusiones obtenido por Cintra do Prado (4), por lo que las resumimos a continuación:

1. La prueba de amilasemia tuvo un significado concluyente en el diagnóstico de los 61 casos estudiados por los autores.

2. Al comienzo de la pancreatitis se produce una brusca elevación de las amilasas sanguíneas, que se mantiene por 48 ó 72 horas, y entonces descienden a valores normales o ligeramente aumentados. Una nueva elevación de las amilasas indica exacerbación del proceso pancreático.

3. Una elevación marcada de las amilasas del suero, observada en los primeros tres días de una crisis abdominal aguda es

un signo seguro de pancreatitis aguda. Una concentración normal de amilasas en este período hace poco probable el diagnóstico de pancreatitis aguda, pero no lo elimina completamente. La concentración de amilasas en el suero puede elevarse en un período de horas. Cuando el diagnóstico de pancreatitis aguda depende de esta prueba y una sola prueba da un resultado normal, es aconsejable repetirla.

4. En la pancreatitis aguda las amilasas del suero pueden tener una concentración normal después del 4° día de enfermedad. Por lo tanto, después del cuarto día de una crisis abdominal aguda, valores normales de amilasas en el suero no eliminan el diagnóstico pancreatitis aguda.

5. Un aumento en la concentración de amilasas en el suero no es un signo exclusivo de pancreatitis aguda o de pancreatopatía. Varias afecciones pueden producir elevaciones moderadas o acentuadas, aun cuando el páncreas no esté comprometido. Se cree, sin embargo que en una historia de una condición abdominal aguda, cuando las amilasas están elevadas cuatro veces sobre lo normal, siempre significa presencia de pancreatitis aguda.

6. El promedio diario de la concentración de amilasas en el suero de ocho de los casos fatales fue más alto que en 53 casos que curaron. Este dato puede sugerir que de un modo general, hay una relación entre la concentración de amilasas en el suero y la severidad de la lesión. Sin embargo, no es posible hacer el diagnóstico de una lesión anatomopatológica solamente a través de la prueba de amilasas, y tampoco es posible preveer el curso de la enfermedad con el estudio de la curva de amilasas o la concentración de el suero de las mismas en día sucesivos."

Las amilasas pueden ser usadas como un examen de emergencia, pues los resultados pueden estar una hora después de extraída la sangre (8).

Otros exámenes de laboratorio:

**Calcemia.** Se ha observado un descenso de la calcemia entre el 4° ó 5° día, que puede llegar hasta la producción de tetania. Este fenómeno está en estrecha relación con la patogenia de la enfermedad. Al desdoblarse las grasas en los focos de esteatonecrosis, los ácidos grasos se combinan con el calcio sanguíneo para producir jabones, dando como resultado la hipocalcemia. Según Arkin (1) entre más baja la calcemia, peor es el pronóstico.

Un cierto porcentaje de pacientes evidencia hiperglicemia y glucosuria durante el ataque y puede quedar como secuela una diabetes definitiva.

El recuento leucocitario demuestra elevaciones variables, pero que pueden llegar a 20.000 o más leucocitos por m<sup>3</sup>.

Ya hemos mencionado la presencia de ictericia en algunos casos de pancreatitis. Este signo puede estar presente en los casos de pancreatitis pura o en las colecistopancreatitis, y su patogenia no está bien establecida.

La velocidad de sedimentación está elevada.

No hay hallazgos radiológicos patognomónicos de pancreatitis. Este examen sirve más bien para excluir otras afecciones como úlcera perforada o íleo paralítico.

No entraremos en detalles sobre el diagnóstico diferencial, porque requeriría una larga discusión. Sólo enumeraremos las afecciones que más frecuentemente demandan ese diagnóstico diferencial: cólico biliar, colecistitis aguda, infarto de miocardio, trombo-sis mesentérica, úlcera perforada, obstrucción intestinal y aneurisma disecante de la aorta.

Los casos clínicos que hemos presentado nos parecen bastante demostrativos. El primero de ellos fué una pancreatitis clásica fulminante de terminación fatal. Deseamos subrayar que los valores más elevados de amilasas se observaron en el caso clínicamente menos grave. Al mismo tiempo en los casos dos y tres, en que fue posible hacer amilasas seriadas, estas se normalizaron al 4° día de enfermedad. Una concentración notablemente alta de amilasas se encontró en la orina de los casos 2 y 3.

Hubo ictericia confirmada en un caso. Las dos pacientes que sobrevivieron salieron del hospital en buenas condiciones.

#### Tratamiento:

El tratamiento actual de la pancreatitis aguda es en principio conservador (7), y tiene los siguientes fundamentos (7-5-3-1-2).

1. Combatir el Shock. Hidratación y corrección del desequilibrio electrolítico. Tener precaución de no recargar el organismo con soluciónes salinas. Puede ser necesario usar plasma humano.
2. Tubo duodenal para aspiración continua a fin de eliminar la estimulación del páncreas. Suspensión de la alimentación por vía oral al menos los primeros cuatro días.
3. Antibióticos.
4. Calmar el dolor, La morfina esta contraindicada porque aumenta el espasmo del esfínter de Oddi. Se aconseja el demerol.
5. Tratar de eliminar por medios farmacológicos la secreción pancreática. Se usan principalmente atropina y Banthine endovenoso.
6. Eliminar el espasmo del esfínter de Oddi, con antiespasmódicos o por medio del bloqueo del esplácnico, el cual elimina también el dolor. El bloqueo debe ser unilateral si hay shock (por la hipotensión).

El tratamiento quirúrgico posterior, una vez pasada la etapa aguda, se lleva a cabo cuando hay colecciones líquidas pancreáticas, escara pancreática o se establece la existencia de una afección de las vías biliares que requiere cirugía.

Deseamos, finalmente, insistir en los siguientes conceptos:

El diagnóstico de pancreatitis con frecuencia no se hace, porque no se piensa en esta afección.

Ante toda crisis dolorosa abdominal superior, si el diagnóstico no está perfectamente establecido, debe solicitarse un examen de amilasas en el suero.

#### 4.—Conclusiones

1. Se presentan tres casos clínicos de pancreatitis aguda observados en el Salón de Medicina Peralta, uno de ellos de evolución fatal, con confirmación necrósica y dos que mejoraron con tratamiento médico.

Se revisan los aspectos fundamentales sobre patogenia, sintomatología, alteraciones de laboratorio y tratamiento de la pancreatitis aguda.

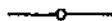
3. Se insiste en la necesidad de solicitar exámenes de amilasas en los casos de crisis dolorosas del hemilabdomen superior a fin de que no pasen desapercibidos los casos de pancreatitis aguda.

#### 5.—Bibliografía

- 1.—**A. Arkin.** Acute pancreatitis. The importance of early diagnosis and conservative treatment.  
The Medical Clinics of North America. January 1953. pp. 199.
  - 2.—**Bockus, H. L.** Gastroenterología, Tomo III, Pág. 813.  
Salvat Editores. Barcelona, Buenos Aires, 1948.
  - 3.—**Bockus, H. L., Bogoch, A., Roth J. A.**  
Acute Pancreatitis: diagnosis and treatment.  
American Practitioner 4:878-880, 1953.
  - 4.—**Cintra de Prado, F. Bone, P.**  
Blood amylase in acute pancreatitis, J.A.M.A. 151:660-660, 1953.
  - 5.—**Gage Mims, Gillespie, G.**  
Acute pancreatitis and its treatment.  
American practitioner 3:159-159, 1952.
  - 6.—**Harrison.**  
Principles of Internal Medicine, Pag. 1473.  
The Blakiston Company, New York, 1951.
  - 7.—**William Hinton, J.**  
The Recent Advances in the Management of Pancreatitis, Acute and Chronic.  
Bulletin of the New York Academy of Medicine. 28:425-439, 1952.
  - 8.—**Wollaeger, E. E.**  
Laboratory Procedures of use in Diagnosis of Pancreatitis.  
American Practitioner 4:659-660, 1953.
-

# INFORME DE LAS LABORES DURANTE EL AÑO 1954 DE LA JUNTA DIRECTIVA DEL COLEGIO DE MEDICOS Y CIRUJANOS

DR. JORGE DE MEZERVILLE  
Presidente del Colegio



Señores Miembros de la Junta General  
del Colegio de Médicos y Cirujanos

Sean mis mejores y primeras palabras para dar las gracias a los colegas que en las elecciones del mes de diciembre de 1953 me confiaron la Presidencia de la Junta de Gobierno, y para los compañeros de labores que con entusiasmo y puntualidad han colaborado conmigo en las tareas que se nos presentaron en el desempeño de nuestros cargos. Todos ellos trabajaron esmerada y eficazmente y así pudimos desarrollar una labor armónica y provechosa para la Institución.

El Cuerpo Médico del país cuenta actualmente con 318 médicos, de los cuales trabajan en San José 208 y en provincias 110, distribuidos así: en Cartago 21, en Limón 9, en Alajuela 26, en Heredia 10, en Puntarenas 33 y en Guanacaste 11.

En el año fueron aprobados veinte médicos en los exámenes de Incorporación y dos autorizados para ejercer la profesión, conforme a los Tratados Internacionales y uno, el Dr. don Otto Oitnner, autorizado para celebrar contrato con el Ministerio de Salubridad Pública, conforme con lo dispuesto en la ley de 13 de marzo de 1952; el Dr. Oitnner presentó y aprobó el examen de Capacitación el día 11 de octubre.

Los médicos examinados son los siguiente:

Dr. don Carlos Gadea Ingram, graduado en la Universidad Na-

cional de Nicaragua; fue aprobado en la sesión del 24 de febrero.

Dr. don Germán Gago Pérez, graduado en la Universidad de Buenos Aires, de la República Argentina, aprobado en la sesión del 24 de febrero.

Dr. don José Antonio Soto Gutiérrez, de la Universidad de León de Nicaragua, aprobado en la sesión del 24 de febrero.

Dr. don Fermín Meléndez Cedeno, de la Universidad Nacional de México, aprobado en la sesión del 24 de febrero.

Dr. don Fernando Urbina Salazar, de la Universidad Nacional de México, aprobado en la sesión del 24 de febrero.

Dr. don Fernando Gamboa Crossi, graduado en la Universidad de Buenos Aires, República Argentina, aprobado en la sesión del 10 de marzo.

Dr. don Edgar Chaverri Escalante, graduado en la Universidad Nacional de México, aprobado en la sesión del 24 de marzo.

Dr. don Ernesto Arciniegas Pérez, graduado en la Universidad de Bogotá, Colombia, aprobado en la sesión del 7 de abril.

Dr. don Carlomagno Mora Bustamante, graduado en la Universidad de Santiago de Chile, aprobado en la sesión del 7 de abril.

Dr. don Efrén Solano Aguilar, de la Universidad Nacional de México, aprobado en la sesión del 9 de julio.

Dr. don Héctor Guerrero Rojas, graduado en la Universidad de Santo Domingo de la República Dominicana, aprobado en la sesión del 18 de agosto.

Dr. don Luis Guillermo Brenes Sobrado, de la Universidad de Templana de Filadelfia, Estados Unidos de Norte América, aprobado en la sesión del 18 de agosto.

Dr. don Arturo Daniel Cabezas López, de la Universidad de Templana de Filadelfia de los Estados Unidos de Norte América, aprobado en la sesión del 18 de agosto.

Dr. don Rafael Aquiles Coto Chacón, de la Universidad Nacional de México, aprobado en la sesión del 25 de agosto.

Dr. don Sadel Meckbel, de la Universidad de la República Oriental del Uruguay, aprobado en la sesión del 20 de octubre.

Dr. don Rodrigo Ramírez Segura, de la Universidad de La Habana, Cuba, aprobado en la sesión del 10 de noviembre.

Dr. don Carlos Chaverri Brenes, de la Universidad de Monterrey en México, aprobado en la sesión del 10 de noviembre.

Dr. don Guillermo Aguiar Mora, de la Universidad Nacional de México, aprobado en la sesión del 15 de diciembre.

Dr. don Miguel Asís Beirute de la Universidad Nacional de México, aprobado en la sesión del cinco de enero.

Dr. don Aquiles Leal Gómez de la Universidad Nacional de México, aprobado en la sesión del cinco de enero.

Fueron autorizados para ejercer la profesión de acuerdo con los Tratados Internacionales, los doctores:

Don Alfredo Ortega Urbina, Médico y Cirujano de la Universidad de Nicaragua.

Don Fernando Sanz de la Calzada, de la Universidad de Salamanca, España.

Para el ejercicio de la Optometría se autorizó a don Luis Enrique García Quesada, que presentó diploma del Instituto Nacional Optico de la ciudad de Florencia, Italia, quien presentó y aprobó el examen reglamentario.

Hemos de deplorar el fallecimiento de tres estimables colegas: el Dr. don Miguel Angel Camacho Sánchez, graduado en la Universidad Libre de Bruselas el 14 de octubre de 1933 e incorporado en nuestro Colegio, mediante examen, el 13 de setiembre de ese mismo año. El Dr. Camacho ejerció su profesión primeramente en su ciudad natal, Heredia, después se trasladó a Alajuela en donde llegó a ocupar la Dirección del Hospital de aquella ciudad, habiéndose distinguido en aquel cargo por el gran impulso que dió a ese Centro de Asistencia Pública, el de mayor importancia en la provincia. El Colegio de Médicos lo designó para vocal de la Junta de Gobierno del año de 1937, y entonces se hizo notar por el gran sentido de responsabilidad con que desempeñó aquella posición, siempre dedicado al estudio de los problemas que se presentaron a la consideración del Colegio y el más puntual de los Miembros de la Directiva pues, a pesar de vivir tan lejos de la capital, nunca faltó a las sesiones y era el primero en presentarse en los días de reunión. Este estimable colega falleció, después de larga y penosa enfermedad el 25 de abril.

El Dr. don Juan José Borge Lanzas, médico nicaragüense, graduado en la Universidad de Filadelfia, de los Estados Unidos de Norte América el 19 de mayo de 1900. Llegó a nuestro país a fines del año 1930 y fué incorporado en el Colegio en virtud de lo que dispone el Tratado vigente entre las Repúblicas de Centro América. Desempeñó en diferentes localidades el cargo de Médico Oficial y de Jefe de Unidades Sanitarias. Ultimamente se separó de los puestos públicos y se radicó en la ciudad de Puntarenas en donde practicó, con bastante acierto su profesión. Falleció en aquella ciudad el 20 de agosto.

El Dr. Francisco Matus, médico nicaragüense, también autorizado para el ejercicio profesional en virtud de los Tratados Centro Americanos. Estudió y fue graduado como médico en la Universidad de El Salvador. Su autorización la recibió el 25 de octubre de 1938 e inmediatamente se trasladó a la población de Quepos, en donde prestó servicios a la Compañía Bananera; después pasó a Villa Quesada a regentar el Hospital de aquella población. Dejó de existir en mayo del presente año.

---

Nuestra Corporación ha perdido, pues, tres elementos de gran valía en el ejercicio profesional que dieron sus mejores aportes en beneficio de la Asistencia Pública del país.

En cuanto al ejercicio profesional, hemos de llamar la atención a la costumbre que por algún tiempo, han seguido las Instituciones Hospitalarias contra lo que dispone nuestra Ley Orgánica, de recibir médicos para el servicio de dichas Instituciones sin que estos hayan presentado sus títulos a la Directiva de nuestro Colegio. Y así se vió el caso de que, por algunos años, varios médicos desempeñaran los cargos de Internos de los hospitales y hasta los de Jefes de Unidades Sanitarias y Directores de Hospitales Rurales, sin haber llenado los requisitos legales ante este Colegio, que es la única entidad autorizada por la Ley para extender los permisos para el ejercicio de la Medicina en nuestro país. La Directiva, muy a su pesar, se vió en el caso de dirigir severas y enérgicas comunicaciones a los Directores de los Hospitales y a los Jefes de las Secciones del Ministerio de Salubridad, llamándoles la atención sobre esa irregularidad, y por suerte nuestra actitud fue bien acogida por todos ellos y creemos así haber puesto punto final a esa mala práctica. Todavía quedan dos casos de médicos que, a pesar de tener algún tiempo considerable de residir en el país no han presentado su solicitud para rendir las pruebas previas a su incorporación, pero ambos han prometido hacerlo lo antes posible.

Con la Junta de Protección Social de San José, convinimos en que algunos médicos candidatos a la incorporación, hicieran parte del Internado Hospitalario en el Asilo Chapuí, siempre que para ello hubiera acuerdo entre los Directores del Hospital San Juan de Dios y el referido Asilo.

Con el Ministerio de Salubridad Pública se llegó a un acuerdo para permitir a los Estudiantes de Medicina que así lo solicitaran, ingresar al Hospital San Juan de Dios a hacer la práctica que la Universidad Nacional de México exige antes de entregar el diploma correspondiente, siendo entendido que esa práctica no la tomará en cuenta el Colegio como parte del Internado Hospitalario que previene la Ley Orgánica.

También se convino con el Ministerio que el Dr. don Carlos Alberto Blanco, quien hizo su Especialidad en Radiología en la República Argentina, hiciera el año de Servicio Médico Sanitario en una Institución en donde pueda ejercitar dicha especialidad.

Fueron incorporados en nuestro Colegio, por haber cumplido con el año de Internado Hospitalario y el del Servicio Médico Sanitario, los doctores:

Don Carlos Gadea Ingram.  
 Don Carlos G. Salazar Esquivel.  
 Don Edgar de la Cruz Garcia.  
 Don Herbert Hütt Gil.

---

Don Ernesto Arciniegas Pérez.  
 Don Roberto Ortiz Brenes.  
 Don Pedro Ruiz Sotela.  
 Don Fernando Vinocour Granados.  
 Don Randal Ferris  
 Don Enrique Urbina González.  
 Don Carlos Luis Mora Troyo.  
 Don Jorge Salas Cordero.  
 Don Roberto Brenes Guzmán.  
 Don Edgar Lizano Vargas.  
 Don Hernán Collado Martínez.  
 Sra. Julieta Rodríguez de Beirute.  
 Don Mario Díaz Sánchez.  
 Don Francisco Drexler.

Como Especialistas fueron inscritos en el Registro de Especialidades, por haber llenado los requisitos que el Reglamento respectivo indica, los Doctores:

Don Aniceto Montero en Psiquiatría y Neurología.  
 Don Carlos Sáenz Mata, en Medicina Interna.  
 Don José Claudio Aguilar Rojas, en Medicina Interna.  
 Don Eduardo Jiménez Sáenz, en Tisiología  
 Don Fernando Quirós Madrigal, en Neuropsiquiatría.  
 Don Carlos Manuel Trejos, en Cirugía Torácica.  
 Don Miguel González B., en Otorinolaringología.  
 Don José L. Orlich, en Cirugía Ortopédica y Traumatología.  
 Don Arnoldo Fernández, en Gastroenterología.  
 Sra. Gabriela Stein de Guzmán, en Cirugía Plástica.  
 Don Alvaro Aguilar Peralta, en Cardiología.  
 Don Alvaro Carballo Montero, en Gastroenterología.  
 Don Roberto Ortiz Brenes, en Cirugía Niños.  
 Don Rodrigo Saborío Entinne, en Oftalmología.  
 Don Rodrigo Loria Cortés, en Pediatría.  
 Don Fernando Saborío Esquivel en Cirugía Torácica.

De acuerdo con la solicitud de la Asociación Médico-Alajuelense, nuestra Directiva ratificó gustosamente el acuerdo dictado por la Directiva anterior que dice: "El médico al graduarse adquiere la constancia de poseer los conocimientos necesarios para dirigir laboratorios de Microbiología, sin que por ello pueda afirmarse que está ejerciendo al margen de su profesión".

Nuestro Colegio fue invitado a casi todos los Congresos Médicos Internacionales que se verificaron durante el año. Por carecer de los medios económicos suficientes no pudimos atender a todas las invitaciones y solamente nombramos representantes nuestros a aquellos colegas que resolvieron hacer por su cuenta los

---

gastos que demandaban los viajes y la permanencia durante los días que tuvieran lugar tales eventos. Las invitaciones que recibimos fueron las siguientes:

*Congreso Internacional de Salud Mental* que tuvo lugar en la ciudad de Toronto, Canadá, del 14 al 21 de agosto.

*Congreso Internacional de Transfusión Sanguínea*, que se celebró en París del 13 al 19 de setiembre.

*Congreso Internacional de Enfermedades del Tórax*, que tuvo lugar en Barcelona del 4 al 8 de octubre.

El Dr. don Guido Casorla nos hizo el servicio de representarnos en la Conferencia Interamericana que se reunió en Panamá a fines del mes de marzo.

*Congreso de Oftalmología* reunido en San Pablo de Brasil del 20 al 24 de junio.

*Congreso Internacional de Psicoterapia* reunido en Zurich del 20 al 24 de julio.

*Congreso Internacional de Ortopedia* celebrado en Berna, Suiza, a fines del mes de julio.

El Dr. don José Luis Orlich llevó nuestra representación al Sexto Congreso Mundial del Bienestar de los Liciados, que se reunió en La Haya el 13 de setiembre.

Décimoséptimo Congreso Internacional de Oftalmología, celebrado en Montreal a principios de setiembre.

Sétimo Congreso Centro Americano reunido en Tegucigalpa, Honduras, nos representaron en él los doctores don Andrés Vesalio Guzmán, don Fernando Trejos Escalante, don Mariano Durán Escalante, don Guido Miranda y don Oscar Hidalgo Murillo.

Onceava Asamblea General de Cirujanos que se reunió en México del 14 al 20 de noviembre; llevó nuestra representación el Dr. don Oscar Hidalgo Murillo.

Tercer Congreso Panamericano de Endocrinología reunido en Santiago de Chile el 21 de noviembre.

Sexto Congreso Internacional del Cáncer celebrado en Sao Paulo, Brasil, el 23 de julio, al cual asistió nuestro estimado colega el Dr. don Carlos Manuel Gutiérrez Cañas, como nuestro delegado.

Quinto Congreso Interamericano de Radiología reunido en Washington el 24 de noviembre.

Congreso Internacional de Tuberculosos celebrado en Madrid el 4 de octubre; fue nombrado delegado el Dr. don Guido Casorla.

Sétimo Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica, reunido en México. Asistieron como delegados la Dra. señora Gabriela Stein de Guzmán, Claudi Orlich Carranza y Rodolfo Chacón Araya. La Dra. Stein de Guzmán nos dió un informe de ese evento en el que hace constar que el trabajo costarricense sobre "Tratamiento de Quemaduras con Papaína", presentado por ella en colaboración con el Dr. don Andrés Vesalio Guzmán, obtuvo el primer premio.

Vº Congreso Centroamericano de Venereología, celebrado en Tegucigalpa en mayo. Fueron como Representantes del Gobierno, los Drs. Joaquín Zeledón y E. Bonilla Dibb, así como la Dra. Norma Zeledón.

Sétimo Congreso Internacional de Patología Comparada reunido en Lausanne, Suiza, el 26 de mayo y Congreso Nacional de Medicina reunido en Guatemala el 24 de noviembre.

Para integrar el Consejo Nacional que tiene a su cargo la Dirección de los Hospitales del país, nombramos como nuestros delegados al Dr. don Carlos Sáenz Herrera, en calidad de propietario, y al Dr. don Esteban Alfonso López, como suplente.

El Director del Hospital de Puntarenas nos pidió lo asesoráramos para mejorar en lo posible la disciplina del Cuerpo Médico del Establecimiento y desterrar algunas prácticas inconvenientes que ahí se seguían y que perjudicaban la armonía entre los miembros del Personal Técnico de ese establecimiento. La Junta de Gobierno creyó prudente aconsejarle el nombramiento de Jefes de Sección de Medicina y Cirugía que se encargarán de revisar los diagnósticos y autorizar la práctica de operaciones. Creemos que este consejo fue aceptado y que el Director logró con ello el fin que se proponía.

A solicitud de la Directiva, la Junta General dispuso modificar el Reglamento para la Inscripción de Especialidades Médicas primero, creando la Especialidad de Cirugía de Niños y después modificando los artículos quinto y sexto con un artículo transitorio que permita acogerse a lo dispuesto en esos textos, a los Especialistas que actualmente están ejerciendo, aún cuando no hubieren hecho el período de práctica que exigen esos mismos artículos, siempre que ellos lo soliciten dentro del plazo de un año que se contará desde la fecha en que se promulgue esa reforma al Reglamento citado.

Esta disposición fue dictada con el fin de permitir que los especialistas existentes al dictarse ese Reglamento, a quienes les era imposible hacer práctica de Medicina General o de Cirugía General, según el caso, pudieran inscribirse como tales Especialistas, pues se consideró que después de tantos años de dedicarse exclusivamente a una rama de la Medicina, no era justo obligarlos a suspender ese ejercicio para dedicarse a realizar dichas prácticas generales que ya carecían de interés para su ejercicio profesional. Este acuerdo fue enviado al Poder Ejecutivo para su aprobación, y a pesar de haber transcurrido bastante tiempo, aún no ha sido promulgado debido a las objeciones que le hizo la Procuraduría General de la República. Toca a la Junta de Gobierno conseguir la aprobación correspondiente a fin de poner en vigor esta reforma.

Con motivo de la epidemia de Poliomiélitis que azotó el país a principios del año, se creyó en la necesidad de llevar a cabo la por mucho tiempo sustentada idea de construir un Hospital para

---

Niños, y a ese efecto se levantó una contribución nacional y nuestro Colegio, en sesión de Junta General, acordó dar para ese fin la suma de diez mil colones, cantidad que fue entregada al Tesorero designado con tal objeto, don Elías Quirós Salazar. La Junta de Gobierno cooperó en la campaña realizada contra ese terrible flagelo, muy activamente, y pudo darse cuenta de la gran tarea llevada a cabo por el Señor Ministro de Salubridad Pública, Dr. don Rodrigo Loria Cortés y por los médicos de la Sección de Pediatría del Hospital San Juan de Dios y acordaron darles un voto de aplauso por su intensa y eficaz labor.

Los Doctores don Manuel Aguilar Bonilla y don Carlos Francisco Salazar Esquivel, sometieron a la consideración de nuestra Junta de Gobierno la idea de crear en el Colegio un Registro de Operaciones realizadas en los Hospitales y Clínicas del país, a fin de evitar los muchos errores que se cometen al no llevar un record completo de las intervenciones que se practican en cada individuo. A la Junta de Gobierno le pareció muy plausible esa idea y, tomando en cuenta que por la Ley de Asistencia Pública se pone en manos del Director de ella la vigilancia Técnica de los Hospitales, creyó prudente nombrar una comisión integrada por el actual Director, Dr. don Fernando Escalante Pradilla, por los proponentes Aguilar Bonilla y Salazar Esquivel y por el miembro de la Junta de Gobierno, Dr. don Arnoldo Fernández Soto, para que estudien ese problema y presenten en su oportunidad el proyecto respectivo.

El Colegio de Ingenieros nos envió en consulta su protesta ante el Departamento de Servicio Civil, por exigirse a los Ingenieros debidamente incorporados en ese Colegio que presenten ante dicho Departamento exámenes para probar su capacitación, cuando deseen figurar como candidatos para obtener puestos en la Administración Pública del país. La Junta de Gobierno apoyó en todas sus partes esa protesta considerando que el profesional, al obtener su incorporación en cualquiera de los Colegios Universitarios del país, tiene plenamente demostrada su competencia para el ejercicio de su ciencia y que no puede ser un tribunal de legos en esa ciencia el que venga a descalificar lo ya decretado por el respectivo Colegio.

El Ministerio de Trabajo anunció la preparación de un proyecto para crear el Instituto de Seguridad Social. Inmediatamente que tuvimos conocimiento de ello nos dirigimos al Sr. Ministro pidiéndole que en la comisión encargada por él para redactar dicho proyecto, participara un médico de nombramiento del Colegio de Médicos y Cirujanos, en atención a que ese Instituto tendría muchísima atingencia con el ejercicio de las profesiones médicas y desde luego afectaría enormemente los intereses del Cuerpo Médico Nacional. Nuestra solicitud fue bien acogida por aquel funcionario y entonces tuvimos el gusto de designar como representante del Cuerpo Médico al Dr. don Andrés Vesalio Guz-

mán, candidatura que fué también acogida por la Unión Médica Nacional. Así es que nuestro estimable colega tendrá en esa comisión la representación de las dos principales entidades médicas de la República y estamos seguros que él sabrá defender los intereses de nuestra profesión.

A solicitud del Ministerio de Industrias dimos nuestra opinión acerca de la inscripción de la patente para simplificar el procedimiento de la obtención del Acido Ascórbico. En esta consulta nos fue de gran utilidad el asesoramiento que nos dió el estimable profesional en química, Dr. don Adrián Chaverri, quien hizo un estudio completo del asunto sobre el cual basó la Junta de Gobierno su dictamen.

En cuanto a la Escuela de Enfermería, ésta a continuado durante el presente año sus labores bajo la administración del Patronato de esta Institución. Como el Dr. don Carlos Sáenz Herrera cumplió su período como delegado del Colegio de ese Patronato, la Junta de Gobierno, tomando en cuenta la magnífica labor por él realizada, lo reeligió a fin de que continúe prestando sus importantes servicios durante el presente período. Para sustituir al Dr. don Fernando Trejos Escalante, como miembro de dicho Patronato, en atención a que él había pasado, en su calidad de Director Médico de la Caja del Seguro Social, a representar dicha Caja, la Junta de Gobierno nombró al Dr. don Bernardo Cartín Montero por el tiempo que falta para que el Dr. Trejos termine su período.

La Junta de Gobierno ha llevado a cabo gestiones para conseguir que la Escuela de Enfermería obtenga la propiedad del Edificio del Colegio, ya que esa Institución ocupa el local casi en su totalidad. Las gestiones han tenido bastante eficacia pues el Patronato ha manifestado su deseo de adquirir esa construcción. El Colegio ya hizo valorar el edificio, avalúo que llevó a cabo la firma "Arquitectos e Ingenieros Asociados Ltda.", dando el siguiente resultado: el primero y segundo pisos, trescientos noventa mil colones, el tercer piso sesenta mil colones y la verja y cobertizo doce mil colones, o sea un total de cuatrocientos sesenta y dos mil colones. La Junta de Gobierno considera que con esa suma y con parte de los fondos que ella posee muy bien puede construir un nuevo edificio en donde poder alojar, no solamente a las oficinas del Colegio, sino las entidades afines, como son la Unión Médica Nacional y el Centro de Estudios Ricardo Moreno Cañas. La transacción ha sido aceptada, en principio, por el Patronato de la Escuela y por la Dirección de Asistencia; falta únicamente que el Consejo Nacional de Salubridad le dé su aprobación y que se entre a discutir los detalles finales de la operación. Hubiéramos deseado que este asunto quedara definido durante nuestro período, pero por circunstancias imprevistas este negocio no ha podido ser discutido por el referido consejo. Queda, pues, a la Directiva del presente año, la tarea de terminar dicha

---

transacción y dictar las disposiciones del caso para que se proceda a construir el nuevo edificio. He de hacer notar que en este problema nos ha ayudado en todo momento nuestro distinguido colega el Dr. don Raúl Blanco Cervantes quien ha asistido a las sesiones de nuestra Junta en que se conoció de este asunto y nos ha ayudado en todas las gestiones.

Considerando que la Revista Médica venía recibiendo desde su fundación un pequeño subsidio mensual de setenta y cinco colones que habla acordado el Colegio hace muchos años, sin que hasta la fecha se hubiera realizado ninguna gestión para aumentarla, a pesar del gran aumento que han llegado a tener los gastos de impresión de dicha revista, la Junta de Gobierno, como un acto de justicia y de cooperación con el Director de la revista, Dr. don Joaquín Zeledón acordó elevar ese subsidio a la suma de doscientos colones mensuales.

Durante el año tuvimos que conocer de veinte Dictámenes Médico Legales que sometieron a nuestro estudio los Tribunales de Justicia. Todos ellos fueron debidamente tramitados por la Junta de Gobierno y en cada uno de ellos se emitió el dictamen final. Tres dictámenes fueron apelados por las partes pero la Junta General aprobó sin ninguna modificación lo resuelto por la Junta de Gobierno. Creemos haber terminado con el enojoso asunto del accidente sufrido por don Juan Pallares Pallares que por tantos años ha venido ocupando la atención de las Directivas pasadas.

La fiscalía a cargo de nuestro estimado compañero el Dr. Cartín Montero, tuvo bastante que hacer por razón de acusaciones presentadas contra varios empíricos, y, muy a su pesar, hubo de llamar la atención a algunos médicos por la publicación de avisos redactados en forma inconveniente y reñida con las disposiciones del Código de Moral Médica.

El Tribunal de Moral Médica tuvo también que actuar en varios asuntos por quejas respecto a la actuación de algunos médicos. Solo queda pendiente la resolución de un caso.

A solicitud del Club Rotario de Puntarenas la Junta de Gobierno ordenó una inspección sanitaria en la cárcel de aquella ciudad, diligencia que la llevó a cabo el Dr. don Pedro J. Alvarez, quien nos proporcionó un informe detallado del estado en que se encontraba aquel establecimiento penal. Con dicho informe nuestra Junta de Gobierno hizo las gestiones correspondientes ante el Ministerio de Justicia y obtuvo que se corrigieran muchas de las irregularidades que ese informe señaló.

Durante el año tuvimos la visita de distinguidas personalidades médicas extranjeras, como el Dr. Carlos Bambaren, Neuropsiquiatra que dictó una conferencia el diez de junio; el profesor Negame Rodríguez, de la Universidad de Santiago de Chile; el Dr. William Frye, Decano de la Escuela de Medicina de New Orleans y últimamente y con motivo del Congreso Médico Nacio-

---

nal, tuvimos el agrado de escuchar las importantes Conferencias que nos dictó el profesor Mexicano Gastro-enterólogo Dr. don Bernardo Sepúlveda.

El Congreso Médico de este año que debió celebrarse en abril, según lo dispuesto por la Directiva anterior, hubimos de posponerlo para el 24 de noviembre por considerar que no disponíamos del tiempo suficiente para preparar con cuidado los diferentes Temas Oficiales que deseábamos desarrollar en ese evento y, efectivamente creemos que el éxito que se obtuvo en el Congreso se debe en gran parte a los cuidados o preparación del mismo.

Estimamos que este Congreso ha sido uno de los eventos más importantes que nuestro Colegio ha celebrado desde la fecha en que se iniciaron esa clase en actos que tanto bien procuran al Cuerpo Médico Nacional. Tanto las Conferencias como el desarrollo de los temas oficiales y libres así como los actos sociales, fueron espléndidos y consideramos que ha sido uno de los mejores éxitos que hemos tenido durante nuestra gestión.

Para terminar, me he de referir con pena a la ley absurda emitida por la Asamblea Legislativa por medio de la cual se obliga a nuestro Colegio al aceptar como médicos homeópatas a personas que no poseen un título debidamente reconocido por el Estado donde fueron emitidos. La Junta de Gobierno ha considerado que el único pretendiente a acogerse a los beneficios de dicha ley, carece de todo derecho para ello y, desde luego, se vió obligada a rechazar la solicitud que presentó tendiente a obtener el reconocimiento de su título, el cual siempre ha sido desconocido por la Junta de Gobierno que en tres ocasiones anteriores tuvieron que ocuparse del asunto.

Al terminar así el recuento de nuestras actividades durante el período que hoy termina hago los más sinceros votos porque todas las labores de la nueva Junta de Gobierno sean coronadas por el más completo éxito, para prestigio del Colegio y de los eminentes colegas que integran esa Junta.

Enero 19, 1955.

—:—

---