

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

VOLUMEN 29

JULIO — SEPTIEMBRE

3

Director: RAÚL PAREDES MANRIQUÉ, Decano de la Facultad.

Jefe de Redacción: Andrés Soriano Lleras.

Administrador: Rosalba Cufiño.

COMITÉ EDITORIAL:

Luis Guillermo Forero Nougués, Andrés Soriano Lleras, Alberto Albornoz Plata, Ernesto Andrade Valderrama, Enrique Núñez Olarte, Carlo Federici Casa, Ernesto Osorno Mesa, Januario Galindo, Guillermo León Restrepo Isaza, Humberto Roselli.

Dirección: Facultad de Medicina. Ciudad Universitaria. Bogotá. Apartado Nacional N° 40.
Tarifa postal reducida. Licencia N° 238 del Ministerio de Comunicaciones.

CONTENIDO:

	<i>Páginas</i>
<i>La Nialamida en gastroenterología.</i> Por Alberto Albornoz-Plata, M. D.	77
<i>Asociación Nacional de Universidades.</i> Primera Reunión de Presidentes de Comités de Admisión de Facultades de Medicina	95
<i>Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.</i> Revisión del Consejo Directivo	99

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

VOLUMEN 29

JULIO — SEPTIEMBRE

3

LA NIALAMIDA EN GASTROENTEROLOGIA

POR

ALBERTO ALBORNOZ-PLATA, M. D. *

A.—INTRODUCCION

En la práctica diaria de la gastroenterología es muy frecuente encontrar un sinnúmero de síntomas como sensación de llenura, dispepsia, ya sea parcial o total, anorexia, sitofobia, náuseas, crisis de diarrea alterna, dolores vagos abdominales, etc., etc. Al estudiar estos enfermos y someterlos a diferentes pruebas de laboratorio y Rayos X, se concluye que no padecen enfermedad orgánica alguna. Son pacientes *funcionales*, neuróticos digestivos, que somatizan hacia el abdomen diversos problemas emocionales, y de ahí la frase de Weiss: "El abdomen es la caja de resonancia de las emociones". Generalmente estos enfer-

mos manifiestan síntomas de depresión y de ansiedad, todo lo cual contribuye a mantener los síntomas.

Los cuadros clínicos que a diario se ven en la consulta, de colon irritable, disquinesias, aerofagia, constipación, generalmente indican un estado de "stress" y un desequilibrio emocional.

También los enfermos *orgánicos*, como la úlcera péptica, en que cada día apreciamos su creciente incidencia y ya no sólo en el sexo masculino, la colitis ulcerosa que ya está haciendo su "aparición" en nuestro medio, observamos cómo es de frecuente que en estas enfermedades orgánicas se asocian en la mayoría de los casos problemas emocionales caracterizados por ansiedad, miedo, sensación de inseguridad, etc., etc., problemas todos que el médico tratante tiene siempre que afrontar y corregir, porque de otra manera si sólo se hace el tratamiento de la enfermedad orgánica aislada, los resultados serán siempre incompletos.

* Profesor agregado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. Ex Presidente de la Sociedad Colombiana de Gastroenterología. Miembro del Bockus International Society of Gastroenterology.

En una palabra, nos vemos enfrentados al nuevo aspecto médico actual: el psicosomático, y se puede afirmar que no existe enfermedad alguna que no esté asociada a un problema emocional, en mayor o menor grado, y siendo lo más común que el paciente al sentirse enfermo y con determinado diagnóstico, esto le ocasiona la depresión y/o ansiedad.

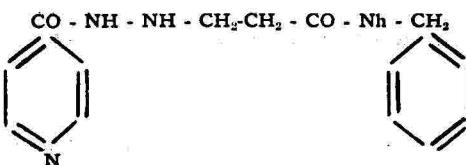
Hemos ensayado en un grupo de enfermos gástricoenterológicos, una droga de las llamadas psicoanalépticas o psicoenergizantes, y escogimos para nuestra experiencia a la *Nialamida*, por estar considerada de acuerdo con numerosos estudios¹, como totalmente atóxica y en especial sin hepatotoxicidad², lo cual consideramos como re-

quisito especial y más, si se suministra a pacientes que no tienen ulceraciones digestivas.

B.—LA NIALAMIDA

Esta droga sintetizada por los Laboratorios Chas. Pfizer, es un polvo blanco, algo amargo y soluble en soluciones débilmente ácidas. Es un derivado del ácido isonicotínico. Su nombre químico es: 1-(2-Benzilcarbamilo-Etil-2 Isonicotinoyl Hidrazina-) conocido comercialmente con el nombre de *Niamid*.

Su fórmula estructural es la siguiente:



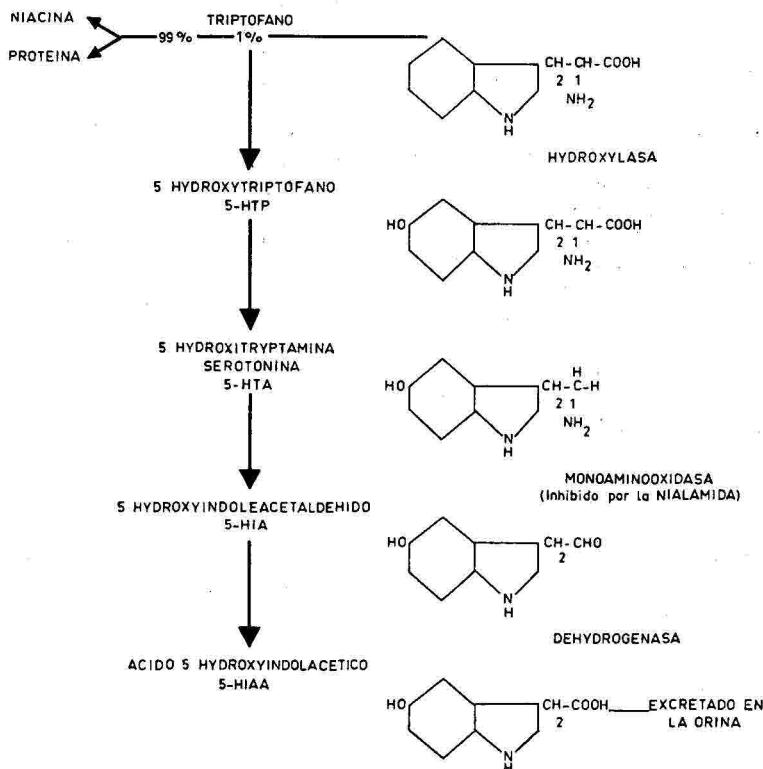
Su acción específica consiste en inhibir la actividad de una enzima, la monoaminooxidasa (*Mao*): esta enzima se encuentra especialmente en el tejido cerebral, y en menor proporción en el hígado, pulmón, riñón y aun en la piel. La *Mao* tiene por función en el organismo oxidar y metabolizar diversas aminas: serotonina, noradrenalina y adrenalina.

Se sabe que estas monoaminas, en especial la serotonina, ejercen una acción sobre las funciones mentales^{3, 4}, obrando como transmisores nerviosos, y tienen el papel de verdaderos neurohormonas: estas monoaminas tienen una regulación en la persona normal, permanente por el tejido cerebral y no se pueden acumular, ya que constantemente están en un proceso de síntesis y destrucción.

Una de las fuentes de la serotonina es el aminoácido triptófano, el cual se transforma en 5 hidroxitriptófano que por descarboxilación pasa a serotonina (5 hidroxitriptamina): la serotonina es destruida o metabolizada precisamente por la enzima-mono-amino-oxidasa y produciendo el ácido 5-hidroxi-indolacético que se elimina en la orina. En la gráfica número 1 se hace un esquema del metabolismo de la serotonina.

Al suministrar una substancia que inhiba la *Mao*, el nivel de serotonina, adrenalina y norepinefrina, aumentará y así las funciones cerebrales de transmisión nerviosa serán mejores; de esto resultará: una acción antidepresora, un estado de mejor equilibrio emocional, mejor percepción, cooperación, comprensión, etc., todo esto determinará

METABOLISMO DE LA SEROTONINA



Gráfica número 1

cambios favorables en la conducta general del paciente.

La inhibición de la *Mao* se logra por medio de la Nialamida, y esta inhibición se efectúa en el tejido cerebral siendo por consiguiente la acción de la Nialamida central y no periférica, sin acción sobre la *Mao* hepática y por eso es hepatotóxica, como lo es el iniciador de estos inhibidores, la iproniazida.

Por esta acción antienzimática cerebral, se logra una acción *antidepresora*; además de esta acción antidepresora, presenta otra acción muy importante que es la *antiálgica*, cuyo mecanismo no está aún totalmente dilucidado: se considera que por modificar

las concentraciones de aminas cerebrales la percepción del dolor se modifica y también se cree que puede tener alguna acción periférica⁴; igualmente se investiga sobre una acción anticolinérgica⁵ que explicaría la acción antidolorosa.

La Nialamida se *absorbe* por vía digestiva y su eliminación es por vía renal, como substancia pura en el 94% (de ahí que sea atóxica), y sólo en el 6% como ácido isonicotínico (en cambio para la iproniazida es en el 34%)⁶.

Precisamente por su acción *antidepresora* y antidolorosa, juzgamos que sería de utilidad en los pacientes con

molestias digestivas, funcionales u orgánicas.

C.—MÉTODO DE ESTUDIO

Hemos dado la Nialamida a 40 pacientes; iniciamos nuestras experiencias en enero de este año, es decir, hemos podido observar a estos pacientes por espacio de 9 meses; inicialmente consideramos que un control de 2 meses era suficiente, pero hemos tenido la facilidad de seguirlos observando por un tiempo mayor.

La dosis en general ha consistido en 75 mgs. al día: 3 tabletas al día de 25 mgs. cada una; hemos indicado tomar cada tableta con cada una de las tres comidas principales.

Al iniciar el tratamiento se hicieron los exámenes de laboratorio de rutina, agregando pruebas hepáticas: Hanger, bilirrubina, proteinemia, timol.

Estas pruebas se repitieron al primer mes y a los dos meses; sobre el particular, un investigador presentará en el futuro un estudio especial.

Los pacientes los hemos tomado de la consulta privada y del Servicio de Gastroenterología del I. C. S. S. (Instituto Colombiano Seguros Sociales).

En todos los casos de enfermedad funcional se excluyó lesión orgánica por medio de pruebas de laboratorio y Rayos X. Estos 40 enfermos están repartidos así:

I. Funcionales:	a - Colon irritable	14	32
	b - Neurosis digestiva	18	
II. Orgánicos:	a - Colitis ulcerosa	1	
	b - Cirrosis	2	
	c - Ulcera gástrica	1	8
	d - Ulcera duodenal	3	
	e - Coma hepático	1	
	Total . . .	40	40

El número de pacientes corresponde a 21 mujeres y 19 hombres en edades entre 22 y 89 años.

En el cuadro número 1 resumimos los principales datos clínicos de cada caso:

C U A D R O N o. 1

Caso N°	Paciente	História N°	Edad y Sexo	Diagnóstico	Síntomas	Depresión	Dosis inicial	Dosis sostenida	Laboratorio	Terapia
		M. F.			Sí	Nº				
1	H. L. . . .	C. P.	34	Colon irritable. Hipotiroidismo.	Meteorismo. Diarrea.	+	75	75	B. M. R.: (-) 18%	T. I. T.
2	C. de A. . . .	C. P.	32	Colon irritable. Artritis manos.	Crisis diarrea. Dolor artritis.	+	75	75	O. K.	A. S. A.
3	C. I. H. . . .	C. P.	21	Colon irritable.	Diarrea. Dolor. Dispepsia.	+	75	75	O. K.	Dieta
4	M. de I. . . .	C. P.	34	Colon irritable.	Dolor. Meteorismo. Diarrea.	+	75	25	O. K.	—
5	E. de N. . . .	C. P.	39	Colon irritable. Artritis.	Meteorismo. Artritis. Diarrea.	+	75	75	Sed. +	Esteroid A. S. A.
6	R. W. . . .	C. P.	32	Colon irritable.	Meteorismo. Diarrea.	+	75	50	O. K.	—
7	I. de A. . . .	C. P.	36	Neurosis digestiva. Adición barbitúricos.	Depresión. Dispepsia.	+	75	75	Anemia Hipoprot.	—
8	I. L. . . .	C. P.	46	Neurosis digestiva. Precordialgia.	Dispepsia general. Dolores.	+	75	75	EKD: O. K. LAB: O. K.	Vit. B.
9	R. L. . . .	C. P.	30	Neurosis digestiva.	Meteorismo. Fatiga.	+	75	75	O. K.	Vit.
10	E. de J. . . .	C. P.	46	Cirrosis hepática.	Hematemesis. Anorexia.	+	75	75	BSF 18%	Sangre. Vit.
11	M. de A. . . .	C. P.	66	Colon irritable. Artritis degen.	Const. Meteorismo. Artritis manos, columna.	+	75	75	O. K.	A. S. A.
12	T. S. . . .	C. P.	28	Neurosis digestiva.	Meteorismo inestable psiq.	+	75	75	O. K.	Sedant.
13	R. L. . . .	C. P.	29	Neurosis digestiva.	Meteorismo.	+	75	50	O. K.	Sedant.
14	A. C. . . .	C. P.	34	Colitis ulcerosa crónica.	Diarrea muc. San- gre. Desnutrición.	+	75	75	HX + RECT + Vits	Esteroid Vits

CUADRO № 1

CONTINUACION

Caso №	Paciente	Edad y Sexo	Historia № M. F.	Diagnóstico	Síntomas	Depresión Sí Nō	Dosis inicial	Dosis sostenida	Laboratorio	Terapia
15	E. H.	C. P.	Neurosis digestiva. Desnutrición. Precirrosis.	Diarrea. Cólicos. Tint. Ulcis.	+	75	50	RX. O. K. Higado M.	Vit. B, Proteí.	
16	M. M.	C. P.	89 Ulcis. Gástrico. Depresión.	Meteorismo. Síntofobia.	+	75	50	RX: Ulc. Litias.	Trat. Ulcis.	
17	W. M.	C. P.	54 Neurosis digestiva.	Dispepsia general. Fobias. Diarrea.	+	75	75	O. K.	Horm.	
18	B. A.	C. P.	43 Premenopausia.	Met. Diarrea. Diarrea muc. Desadaptación.	+	75	50	O. K.	Horm.	
19	A. L.	C. P.	22 Neurosis digestiva.	Met. Diarrea. Diarrea muc. Desadaptación.	+	75	50	O. K.	Sedante Psicol.	
20	A. P.	C. P.	38 Colon irritable.	Meteorismo. Depresión.	+	75	50	O. K.	Psicol.	
21	N. M.	C. P.	52 Neurosis digestiva.	Sumping; Alergia.	+	75	50	O. K.	Psicol.	
22	J. E.	I. C. S. S. № 43779	25 Pest-gastrrect. Síntofobia.	Neurosis. Meteorismo. Diarrea.	+	75	50	RX: O. K.	Antihist.	
23	F. J.	C. P.	53 Colon irritable.	Meteorismo. Crisis diarrea.	+	75	75	O. K.	Varios	
24	C. de F.	C. P.	50 Colon irritable.	Meteorismo. Dolor const.	+	75	75	O. K.	Dieta	
25	C. R.	I. C. S. S. № 279394	18 Colon irritable.	Diarren. Altern.	+	75	50	O. K.	Dieta	
26	E. L. D.	I. C. S. S. № 16844	42 Colon irritable.	Meteorismo const.	+	75	50	O. K.	Vits.	
27	I. P.	I. C. S. S. № 136107	47 Colon irritable.	Meteorismo const.	+	75	50	RX: Hernia Diag. Asint.	Dieta Bell	

C U A D R O N o. 1

C O N C L U S I O N

Caso N°	Paciente	Historia N°	Edad y Sexo	M. F.	Diagnóstico	Síntomas	Depresión	Dosis inicial	Dosis sostenida	Laboratorio	Terapia
28	F. R.	I. C. S. S. N° 317172	29	Neurosis digestiva.	Meteorismo. Const. Act.	+	75	50	O. K.	Dieta	
29	F. C.	I. C. S. S. N° 274260	38	Neurosis digestiva.	Sitofobia. Meteoris.	+	75	50	O. K.	Dieta	
30	G. D.	I. C. S. S. N° 46985	58	Neurosis digestiva.	Meteorismo. Const.	+	75	50	Acto. Colest.	Dieta Psicoterapia	
31	R. C.	I. C. S. S. N° 17719	30	Neurosis digestiva.	Anorexia. Meteorismo.	+	75	50	O. K.	Psicot.	
32	L. S.	I. C. S. S. N° 398203	24	Neurosis digestiva.	Dispensia general.	+	75	50	O. K.	Psicot.	
33	L. M.	I. C. S. S. N° 34006	30	Colon irritable.	Crisis. Diarrea.	+	75	50	O. K.	Dieta	
34	U. T.	I. C. S. S. N° 227193	36	Colon irritable.	Crisis. Diarrea.	+	75	50	O. K.	Dieta	
35	A. M.	I. C. S. S. N° 365744	36	Colon irritable.	Diarrea. Meteorismo.	+	75	50	O. K.	Belladona	
36	R. G.	I. C. S. S. N° 81379	28	Ulceria duodenal.	Ulceroso. Depres.	+	75	50	Ulc. D.	Dieta Alca.	
37	P. B.	I. C. S. S. N° 298824	37	Ulceria duodenal.	Ulceroso. Depres.	+	75	50	Ulc. D.	Dieta Alca.	
38	P. R.	I. C. S. S. N° 280075	62	Ulceria duodenal.	Ulceroso. Artr.	+	75	50	Ulc. D.	Dieta Alca.	
39	B. F.	I. C. S. S. N° 136668	28	Neurosis digestiva.	Meteorismo. Diarrea.	+	75	50	Coxalgia	Psicoterapia	
40	E. G.	C. P.	74	Coma hepático.	Coma. .	+	150 I. V.	75 I. M.	Hígado + +	Sucros	

D.—RESULTADOS

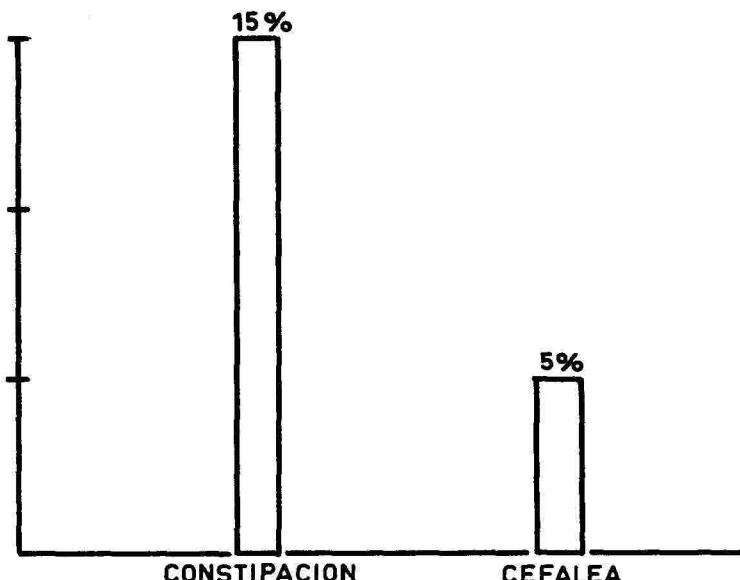
Para valorar los efectos de la Nialamida se anotó en cada caso el estado general, el ánimo, la cooperación, el aspecto del paciente, aumento de peso y del apetito; también se anotaron para cada paciente los efectos indeseables.

Además, para apreciar cuándo se presentaban los efectos benéficos, se anotó en cada hoja clínica a los cuántos días de estar tomando el paciente la droga, iniciaba la respuesta favorable.

La mayoría de los pacientes presenta mejoría en el estado general (94%), en el ánimo (81%), cooperación (77%), hay aumento de peso apreciable, en el 22.5%, y aumento de apetito en 29%.

En relación a los efectos colaterales observados, encontramos constipación en 6 casos, es decir, en el 15%, y cefalea en 2 casos, 5%; estos síntomas fueron leves y no obligaron a suspender el tratamiento; es posible que en muchos casos en que hubo diarrea se hubiera mejorado en parte por este mecanismo.

EFFECTOS COLATERALES DE LA NIALAMIDA EN 40 PACIENTES GASTROENTEROLOGICOS



El promedio del tiempo transcurrido entre la ingestión de la droga y la iniciación de su efecto es de 11.2 días,

con cifras extremas de 2 a 20 días.
(Ver cuadro número 2).

CUADRO NUMERO 2

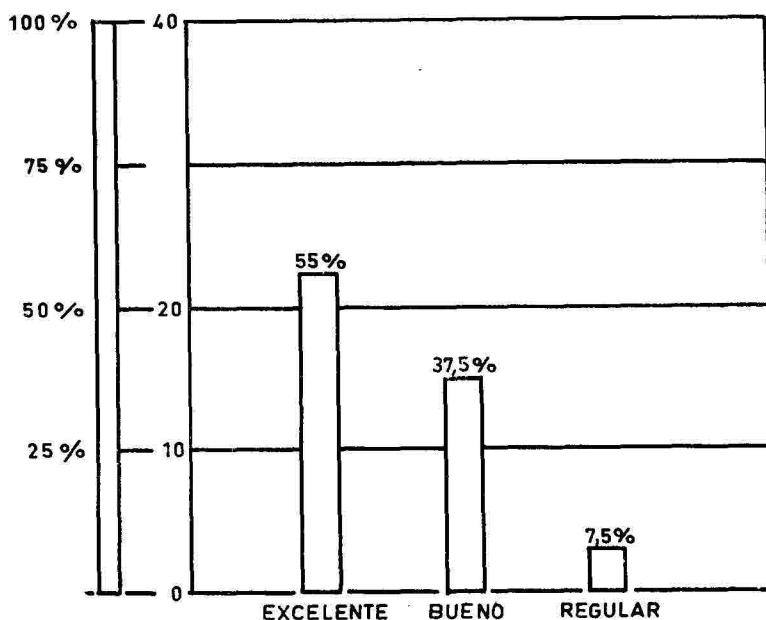
Caso N°	Historia N°	Efectos laterales.	Comienzo mejoría. Días.	Resultado.
1	C. P.	x	10	Excelente
2	C. P.	—	20	Excelente
3	C. P.	—	10	Excelente
4	C. P.	—	15	Excelente
5	C. P.	—	15	Regular
6	C. P.	—	8	Bueno
7	C. P.	—	20	Bueno
8	C. P.	—	5	Excelente
9	C. P.	—	5	Regular
10	C. P.	—	8	Excelente
11	C. P.	—	20	Excelente
12	C. P.	—	8	Bueno
13	C. P.	—	—	Regular
14	C. P.	—	15	Excelente
15	C. P.	Constip.	10	Excelente
16	C. P.	Constip.	8	Bueno
17	C. P.	—	15	Bueno
18	C. P.	Constip.	10	Excelente
19	C. P.	Constip.	10	Excelente
20	C. P.	Cefal.	10	Bueno
21	C. P.	—	8	Excelente
22	I.C.S.S. N° 49779	Cefal.	10	Excelente
23	C. P.	—	10	Bueno
24	C. P.	—	8	Excelente
25	I.C.S.S. N° 279694	Constip.	10	Bueno
26	I.C.S.S. N° 16844	—	15	Excelente
27	I.C.S.S. N° 136107	—	10	Excelente
28	I.C.S.S. N° 317172	—	10	Excelente
29	I.C.S.S. N° 274260	—	12	Excelente
30	I.C.S.S. N° 46985	—	20	Bueno
31	I.C.S.S. N° 17719	—	15	Excelente
32	I.C.S.S. N° 396203	—	15	Bueno
33	I.C.S.S. N° 34006	—	15	Bueno
34	I.C.S.S. N° 227193	—	10	Excelente
35	I.C.S.S. N° 365744	—	15	Excelente
36	I.C.S.S. N° 81979	—	15	Bueno
37	I.C.S.S. N° 298824	—	15	Bueno
38	I.C.S.S. N° 280075	—	20	Bueno
39	I.C.S.S. N° 136668	—	20	Bueno
40	C. P.	—	2	Excelente

De los cuarenta casos tratados, en conclusión, se obtienen estos resultados:

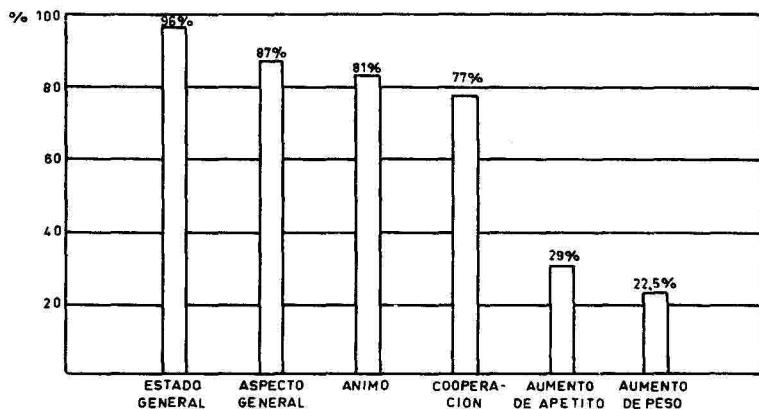
Excelentes	22 casos (55%)
Buenos	15 casos (37.5%)
Regular	3 casos (7.5%)

VEANSE LAS GRAFICAS SIGUIENTES

**RESULTADOS OBTENIDOS EN 40 PACIENTES
GASTROENTEROLOGICOS**



EFEKTOS UTILES DE LA NIALAMIDA OBSERVADOS EN 40 PACIENTES GASTROENTEROLOGICOS



E.—CASOS ILUSTRATIVOS

Los siguientes casos son muy ilustrativos:

Caso N° 7: *Neurosis digestiva: adición a barbitúricos.*

Señora I. A., de 36 años, casada, un hijo de 18 años; sufre desde hace varios años de una neurosis digestiva, caracterizada por constipación intestinal, meteorismo, sitofobia; considera que es necesario aplicarse enemas evacuadores diariamente para sus molestias digestivas; por su cuenta toma una preparación barbitúrica ("Neurinase") hace varios años; recibe Niamid a dosis de 75 mgs., se aprecia mejoría notoria a los 5 días; se ha continuado con esta dosis todavía, el apetito ha mejorado bastante, lo mismo que la constipación; la paciente muestra una mejor cooperación; se logró disminuir la presentación de barbitúrico.

Caso N° 8: *Cirrosis.*

Señora E. J., de 46 años, bogotana, casada; consultó por hematosísis en enero de 1960, que hizo necesaria transfusión; se hizo RX digestiva y se encontró normal; hay 30% de retención de B. S. F. y el proteínograma está invertido; gran anorexia, desnutrición; se inició tratamiento para la cirrosis (suecos, complejo B. proteínas, etc.), en conjunto con Niamid, 75 mgs. al día, dosis que todavía está tomando; a los 8 días se aprecian resultados favorables, caracterizados por mejor estado general, apetito, interés por todo lo que la rodea y mejor aceptación del tratamiento para la cirrosis.

Al mes, se repitieron las pruebas hepáticas y se encontró 10% de retención de B. S. F.; el proteínograma se normalizó. En este momento la enferma está asintomática, ha ganado peso y come muy bien.

Caso N° 14: *Colitis ulcerativa crónica.*

A. C., masculino, de 36 años, de España; hace 4 años inició en España un cuadro clínico caracterizado por diarrea mucosanguinolenta, desnutrición marcada, inestabilidad emocional, caracterizada por depresión; viajó a Chicago y allí se hizo diagnóstico de colitis ulcerativa crónica (doctor W. Palmer); se inició tratamiento con A. C. T. H. y luego prednisona, en conjunto a medicación de soporte; cuando recibía A. C. T. H. hizo un cuadro de abdomen agudo, que cedió con antibióticos, reposo, etc. Hace un año viajó a Bogotá: tiene 10-12 deposiciones al día con sangre y moco; estaba recibiendo 25 mgr. de prednisona; se hizo endoscopia rectal, colon por enema que informaron sobre invasión de todo el colon por el proceso de la colitis ulcerativa; además, se encontró una fistula del delgado al sigma, que explica el cuadro del abdomen agudo presentado en Chicago.

En febrero de este año, empezó a recibir *Niamid* en dosis de 75 mgs., previa consulta que se hizo al doctor Palmer, quien estuvo de acuerdo con esta nueva adición terapéutica; a los 15 días se observó mejoría caracterizada por control de su estado depresivo (el paciente es hijo único y sus padres viven en España), con mayor interés por su trabajo (oficinista) y mejor apetito; el número de deposiciones bajó a 6 al día; gradualmente se pudo ir disminuyendo la dosis de prednisona; hace dos meses que se estableció definitivamente la mejoría; ha ganado 4 kilos de peso; sólo tiene 5 deposiciones al día, sin sangre ni moco, que no le interfiere casi su trabajo, ni su vida social; sólo necesita 5 mgr. al día, de prednisona; ha mejorado tanto que en la actualidad está de vacaciones en España.

Inicialmente se encontró en el laboratorio hipoproteinemia, con inversión

albumino globulina; a los dos meses de tratamiento estas pruebas se han normalizado. El resultado en este caso ha sido excelente, y además de las diversas acciones del Niamid, ha servido para potenciar la prednisona.

Caso N° 15: *Precirrosis (neurosis digestiva)*

E. H., de 46 años, natural de Berlín, pasó la Segunda Guerra Mundial en Alemania, donde sufrió toda clase de privaciones, especialmente nutritivas; hace cinco años vino a Colombia, consultó por meteorismo, crisis de diarrea, anorexia, pérdida de peso, irritabilidad y cambio de carácter.

Los exámenes de laboratorio indican alteraciones en las pruebas hepáticas; está muy desnutrido, deprimido, se autoimpone un exceso de disciplina en todas sus actividades y vive lleno de escrupulos y fobias.

Se inició tratamiento para su estado de precirrosis con proteínas, sueros dextrosados, vitaminas, etc., en conjunto con *Niamid* (marzo de 1960) 75 mgs. por 25 días, luégo se reduce a 50 mgs.

Se observa franca mejoría al cabo de 10 días, que se traduce por mejor cooperación, la depresión se controla, se puede hacer psicoterapia; al primer mes se repiten pruebas hepáticas y se han normalizado.

El *Niamid* en este caso ayudó grandemente al tratamiento de su afección hepática. Se presentó constipación como efecto secundario, que aquí fue beneficiosa, y se controló fácilmente.

Caso N° 16: *Ulcerá gástrica (depresión).*

Señora M. M., de 89 años; antecedentes de mastectomía izquierda hace 15 años, por carcinoma y otro carcinoma en la encia derecha, que curó por radioterapia hace 10 años. Hipertensión

moderada; hace 5 años inició molestias digestivas y a RX se demostró una úlcera gástrica sin complicaciones; se eliminó posibilidad de carcinoma; curó con tratamiento médico. También se encontró colelitiasis.

Ultimamente ha tenido problemas emocionales (viuda, un solo hijo), y comenzó nuevamente molestias digestivas altas: a RX se encontró úlcera de la pequeña curvatura gástrica; se inició tratamiento antiulceroso; en el curso del tratamiento entró en un período de depresión reactiva intensa con un estado de negativismo casi total; se inició en abril tratamiento con *Niamid*, 75 mgs.: a los 8 días ha mejorado bastante su estado depresivo, que permite seguir bien la dieta antiulcerosa y tratamiento apropiado; se bajó la dosis de *Niamid* a 50 mgs.: en el curso del tratamiento hizo broncopneumonía que cedió a antibióticos, y hubo estado de insuficiencia cardíaca: todo ese tiempo ha recibido *Niamid*; posteriormente ha hecho pequeñas complicaciones vasculares de tipo trombosis cerebral que le han producido ligera impotencia muscular de la pierna y brazo derecho; el *Niamid* le ha sostenido en un estado permanente de cooperación y entusiasmo de vivir; el tratamiento antiulceroso se pudo continuar sin inconvenientes; el resultado ha sido bueno a pesar de tantas complicaciones.

Caso N° 22: *Neurosis digestiva. (Post-gastrectomía, sitofobia, alergia).*

J. E. C., 25 años. Historia número 49779, I. C. S. S., masculino. Hace 2 se hizo gastrectomía de urgencia por perforación de úlcera gástrica. Desde esa época ha quedado con sitofobia, épocas de depresión y crisis alérgicas, que ceden en parte con ácido glutámico y antihistamínicos.

Se inició tratamiento con *Niamid* (marzo de 1960) 75 mgs. al día, por 15 días, y luégo 50 mgs., dosis que aún

cstá tomando. El estado general ha mejorado notablemente: ha perdido el miedo a la comida y sigue con dieta blanda de 6 comidas: los ataques alérgicos también han mejorado y los antihistamínicos se han reducido de dosis por potenciación por el *Niamid*.

Inicialmente hubo ligera cefalea que se atribuyó a efectos colaterales de la droga. En este caso el resultado ha sido excelente.

Caso N° 24: *Colon irritable*.

Señora C. de F., 50 años; desde hace 15 años sufre de meteorismo, dolores abdominales, crisis de diarrea, depresión.

Fue estudiado por el doctor H. L. Bockus en Filadelfia, y se hizo diagnóstico de colon irritable.

Se hace tratamiento con dieta blanda, sedantes, psicoterapia. Hay alguna mejoría pero por corta duración. En febrero se inició *Niamid*, 75 mgs.; la droga la tolera muy bien y aún está tomando esta dosis. A los 8 días se aprecia el resultado de la droga: la depresión mejoró bastante, la paciente siente interés por el medio ambiente, casi no hay molestias digestivas, ni hay dolores abdominales. El resultado es excelente.

Caso N° 31: *Neurosis digestiva*.

R. C., de 30 años. Historia número 17719, I. C. S. S.; consulta por aerofagia, flatulencia, constipación intestinal, marcada depresión; estos síntomas los inició a raíz de la muerte trágica de un ser querido. Los tratamientos usuales han fracasado: en febrero se inició tratamiento con *Niamid*, 75 mgs. por día, que se redujo luégo a 50 mgs., dosis que aún está tomando. El estado depresivo ha mejorado grandemente; demuestra interés en su trabajo; ha tolerado la droga.

Caso N° 40: *Coma hepático*.

Señora E. de G., de 74 años. Consulta privada, Clínica Marly. Historia 32045. Por una ictericia indolora, tipo obstructivo, es laparatomizada el 17 de agosto de 1960: se encontró una coledocolitisis y un hígado franca-mente cirrótico. El post-operatorio transcurre normalmente y la paciente regresa a su casa. El día 3 de septiembre comienza a perder la conciencia, y poco a poco entra en estado de coma profundo con temblor en aleteo, hiperventilación pulmonar, etc., y fue hospitalizada nuevamente el día 4 de septiembre. Es oportuno informar aquí las experiencias del profesor C. R. Blackburn, de Sidney, y que presentó en el Symposium sobre Nialamida en Hong-Kong⁷, en abril de 1960. Respecto al efecto depresor sobre el amonio sanguíneo en pacientes con cirrosis hepática y en estado de coma: utilizó el *Niamid* por vía intravenosa (50 mgs.) en un paciente en estado comatoso, con un nivel de amonio sanguíneo de 250 mcg.%; a las 3 horas de aplicada la droga bajó a 60 mcg.% y posteriormente el enfermo se recuperó.

Conociendo estas experiencias iniciamos el 5 de octubre una terapéutica energética con *Nialamida* intravenosa, 100 mgs., en suero dextrosado.

El 6 de septiembre recibe 175 mgs. en las 24 horas: se observa desaparición del temblor en aleteo.

El 7 de septiembre a las 7:30 p. m. está ya consciente, despierta tranquilamente y es capaz de tomar alimentos líquidos: ese día recibió 150 mgs. de *Nialamida* intravenosa. Ese día una determinación de potasio indicó una cifra de 7.2 meq.

Posteriormente se fue reduciendo la dosis de *Nialamida* por vía intravenosa, luégo se reemplazó en los días siguientes por la vía intramuscular, hasta el 10 de septiembre: a partir de esa

fecha se combinó la vía intramuscular (50 mgs. cada 12 horas) con la vía oral (25 mgs. cada 12 horas), hasta el día 22 de septiembre en que sólo recibe 75 mgs. por vía oral, y en esta fecha sale de la clínica por curación.

En la actualidad su estado general es excelente y recibe 25 mgs. (oral) de Nialamida en el día.

Desde el 5 de septiembre al 22, recibió un total de 2.100 mgs. de Nialamida: la tolerancia a la droga fue muy buena y no hubo manifestaciones de toxicidad de ninguna clase.

Junto con este tratamiento, la enferma recibió dextrosa, electrolitos, glucocorticoides y antibióticos.

Es interesante tratar de encontrar una explicación de la manera como puede obrar la Nialamida en 3 casos hasta ahora conocidos de coma hepático y tratados con éxito con este inhibidor de la M. A. O.

Podrían existir estas hipótesis:

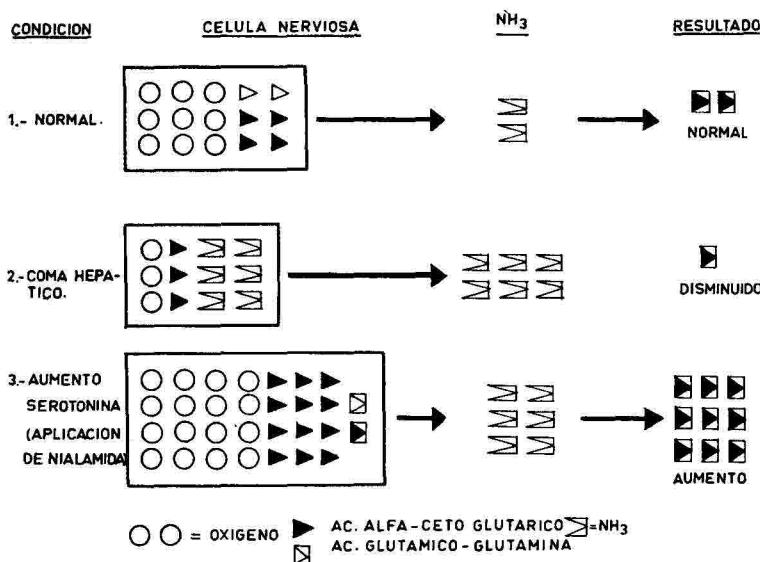
a) El coma hepático es una intoxicación cerebral en que hay más de una

alteración funcional que estructural⁹: el estado de alcalosis respiratoria por la hiperventilación pulmonar, determina una depleción del potasio ya de por sí baja en enfermos hepáticos (vómito, diarrea, hiponutrición), lo cual lleva a un estado de acidosis intracelular^{9-a}, estado que facilita la acumulación del amonio intracelular (coma). También en el estado de coma hepático. Fazecas y colaboradores¹¹ han demostrado que el consumo de oxígeno cerebral está deprimido.

El metabolismo celular está regulado por la neuro hormona serotonina^{6, 10}, siendo esta mono-amino la que va a facilitar la oxigenación y cambios intracelulares.

Al aumentar el nivel de serotonina en forma indirecta por inhibición de la enzima mono-amino-oxidasa (M. A. O. *) que es la substancia que degrada a la serotonina, y que se logra a través de la Nialamida, se obtendrá una mejor oxigenación intracelular, corrección del estado de acidosis y au-

ACCION PROBABLE DE LA NIALAMIDA EN EL COMA HEPATICO



mento del ácido alfacetoglutárico: en estas condiciones el NH₃ se desaloja de la célula y se combina con este ácido para formar ácido glutámico y glutamina¹¹ y el resultado será la desaparición del coma.

Sobre el particular existe la información de haber utilizado la iproniazida, otro inhibidor de la M. A. O., para disminuir el amonio sanguíneo en pacientes con coma hepático¹¹, pero la hepatotoxicidad comprobada de esta droga no permitió su uso posterior¹².

Actualmente el profesor Blackburn adelanta estudios sobre el efecto de la Nialamida como depresor del amonio sanguíneo en caso de coma hepático^{7, 12}; Núñez Olarte, en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia¹³, adelanta experiencias en el perro, y el doctor Antonio Ramírez, de Medellín, Colombia¹⁸, hace experiencias con la Nialamida por vía oral en pacientes a quienes ha practicado anastomosis portocava, y los resultados hasta el momento son muy alentadores, en el sentido de que se evita la intoxicación amoniacial.

b) Otra posibilidad de la acción de la Nialamida en el coma hepático sería la inhibición, además de la M. A. O. de las enzimas producida por las bacterias intestinales, ureasa y aminoácido-oxidasa¹⁴, en especial esta última químicamente muy análoga a la M. A. O., y que al obrar sobre las proteínas intestinales, originan amoníaco.

c) También podría obrar la Nialamida por inhibición de otras enzimas que obran sobre mono-aminas y así se disminuirá el aporte de amoníaco intestinal. Esto es factible ya que hay estudios que sugieren otras inhibiciones enzimáticas por esta droga^{15, 16}.

d) Entre los factores etiológicos diferentes a la hiperamoniemia en el coma hepático se han citado las deficiencias del hidroxitriptófano (por Shela

Sharlock y Besman)¹⁷, que es el precursor de la serotonina (precisamente la neuro-hormona que va a aumentar la Nialamida) y este podría ser el mecanismo de acción.

e) Combinación de los factores anteriores.

SUMARIO Y CONCLUSIONES

1. Las enfermedades de tipo funcional son las más frecuentes en la práctica de la gastroenterología; también en las enfermedades orgánicas es común la existencia de problemas emocionales caracterizados por depresión y/o ansiedad, y de ahí que se justifique en la terapéutica de estas enfermedades el uso de drogas psicoanalépticas atóxicas y de buena tolerancia.

2. Se hace una experiencia con una droga psicoanaléptica: la Nialamida (*Niamid' Pfizer*), en 40 enfermos; 32 funcionales (14 colon irritable y 18 neurosis-digestiva) y 8 orgánicas (1 úlcera gástrica, 2 cirrosis, 1 colitis ulcerosa crónica) 3 ulceras duodenal y 1 coma hepático.

3. La dosis usada de *Nialamida* fue de 75 mgs. al día, por vía oral; la mayoría de los pacientes se ha controlado durante 9 meses. El caso de coma hepático se trató por la vía intravenosa, 150 mgs. al día.

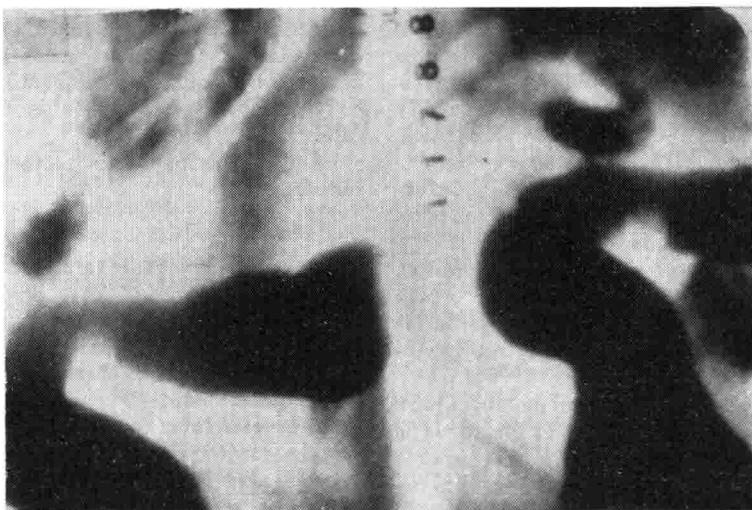
4. La droga fue muy bien tolerada en 32 casos, en 8 casos hubo ligera intolerancia manifestada por constipación (6 casos) y cefalea (2 casos).

El efecto de la droga se manifestó a los 11.2 días de iniciado el tratamiento. Estos efectos son esencialmente: mejoría general (94%); mejoría del ánimo (81%); cooperación (77%), y mejoría del aspecto general del paciente (87%).

El apetito y el peso aumentaron en 22.5% y 29%, respectivamente.

5. Dos casos de cirrosis y uno de colitis ulcerativa crónica mejoraron no-

CASO No. 14

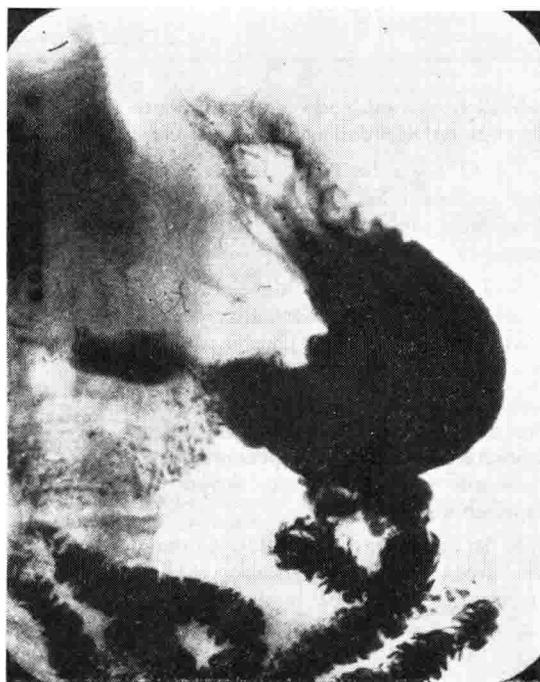


Paciente con colitis ulcerosa: se aprecia la fistula del intestino delgado al sigmaido. Notable mejoría sobre apetito, peso, depresión y sintomatología. NIAMID.

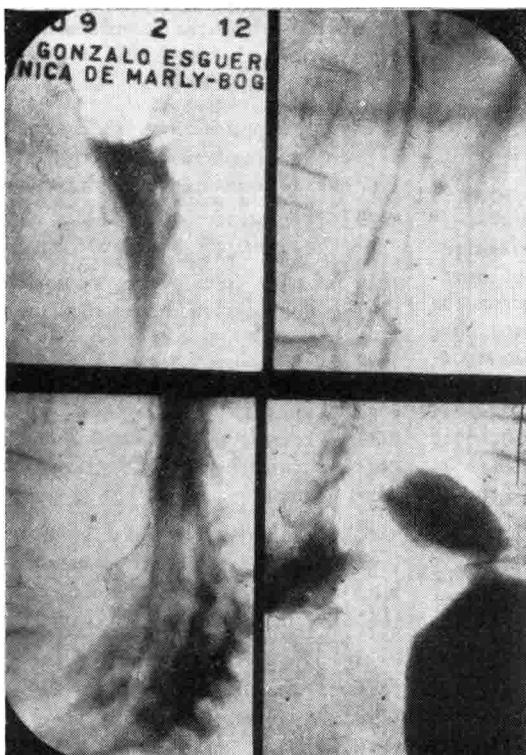


Paciente con colitis ulcerosa, se llena todo el intestino delgado con el enema opaco, por la fistula entero-sigmoidiana. Mejoría de los síntomas con tratamiento asociado de esteroides y NIAMID.

CASO No. 16



Ulcera gástrica asociada con depresión que se controló con NIAMID.



Paciente con úlcera gástrica.
Gran depresión, anorexia,
controladas por el NIAMID.

tablemente combinado el tratamiento de cada enfermedad con la *Niamida*.

6) El coma hepático consecutivo a una cirrosis biliar, se controló con la *Niamida* aplicada por vía intravenosa.

7. En los casos (2) de cirrosis, las pruebas hepáticas se normalizaron durante el tratamiento combinado con *Niamida*.

8. La *Niamida* se mostró como droga atóxica; se hicieron controles de laboratorio de rutina y pruebas hepáticas que fueron normales durante la experiencia clínica.

9. Se considera a la *Niamida* como una droga auxiliar muy importante en la práctica diaria de la gastroenterología, en asocio de otras medidas terapéuticas.

10. Se catalogan como resultados así:

Excelentes	22 casos (55%)
Buenos	15 casos (37.5%)
Regulares	3 casos (7.5%)

SUMMARY AND CONCLUSIONS

1. In the practice of gastroenterology the most frequent type of disease is functional. In organic diseases the existence of emotional problems characterized by depression and/or anxiety are common. Therefore in the therapy of these diseases the use of non-toxic well tolerated psycho-analeptic drugs is justified.

2. A clinical experience using the psycho-analeptic drug Niamid (Pfizer) on 40 patients is reported: 32 functional, (14 irritated colon, and 18 digestive neurosis) and 8 organic, (1 gastric ulcer, 2 liver cirrhosis, 1 chronic ulcerative colitis, 3 duodenal ulcer and 1 hepatic coma).

3. The dose of Niamid used was 75 mgs. administered by mouth dai-

ly; the majority of the patients have been controlled during nine months; the case of hepatic coma was treated with an intravenous injection of 150 mgs. administered daily.

4. The drug was well tolerated in 32 cases, and in 8 cases there was a slight intolerance manifested by constipation (6 cases) and headache (2 cases).

The effect of the drug was manifested on the 11.2 day after the treatment was started. These responses were essentially: general improvement (94%); improvement of spirits (81%); cooperation (77%); and improvement in the general aspect of the patient (87%).

Appetite and weight increased in 22.5% and 29% cases respectively.

5. Two cases of cirrhosis and one of chronic ulcerative colitis notably improved with the combination of Niamid and the respective treatment for each disease.

6. The hepatic coma subsequent to a liver cirrhosis was controlled by Niamid administered by intravenous injection.

7. In the cases of liver cirrhosis² the hepatic tests were normalized during the combined treatment with Niamid.

8. Niamid was demonstrated to be a non-toxic drug; throughout the clinical experience routine laboratory controls and hepatic function tests were normal.

9. Niamid is considered as a very important auxiliary drug, associated with other therapeutic measures, in the daily practice of gastroenterology.

10. The results are cataloged as follows: Excellent: 22 cases (55%); Good: 15 cases (37.5%); Fair: 3 cases (7.5%).

BIBLIOGRAFIA

1. SCHNEIDER, J. A., M. D.: Pharmacological Considerations on Monoamine Inhibition as a Therapeutic Principle, Simposio Internacional sobre Nialamida, 1959, Lisboa, p. 43.
2. NARANJO R., M. D.: Transaminasa, Lactic Dehydrogenase and Alkaline Phosphatase Determinations in Patients Receiving Nialamide, Simposium Internacional sobre Nialamida. Noviembre, 1959, Lisboa, p. 79.
3. MUZZULINI, M. D. G., PRATESI M. D.: Clinical Evaluation of a New Monoamine Oxidase Inhibitor, Nialamide. Simposio Internacional sobre Nialamida, 12 a 14 de Nov. de 1959. Lisboa, Portugal, p. 367.
4. NARANJO, RAMÓN: Fundamentos bioquímicos de las drogas psicoanalépticas. Medicina. Tomo XL, año XL, Nº 839, pp. 97-109. México, marzo 10, 1960.
5. Discusión VI sobre la *Nialamida*: Simposio Internacional sobre Nialamida. 12 a 14 de noviembre de 1959. Lisboa, Portugal, p. 332.
6. ALBORNOZ-PLATA, ALBERTO: Niamid, inhibidor de la Monoaminoxidasa. Hospital de Colombia. Vol. 3: 2, p. 79. Marzo-abril, 1960.
7. BLACKBURN C. R. B.: Blood Ammonia Lowering Effect in patients with Hepatic Cirrhosis, Nialamida Symposium. Hong Kong. University. Marzo 31, abril 2, 1960, p. 27.
8. WEIS J. WEIS S: The Clinical Effects of Iproniazid and Similar Compounds on the Gastrointestinal Tract. The American Journal of Gastroenterology. Vol. 33: 5, pp. 592, 599, mayo de 1960.
9. VONAMEE P. AND POPPEL J. W.: Hepatic Coma, The Medical Clinics of North America. Vol. 44: 3, pp. 765-778.
10. COOKE, R. E., SEGAR, W. E., W. E. CHEEK, D. B., COVILLE, F. E. AND DARRROW, D. C.: Extrarenal Correction of Alkalosis Associated with Potassium Deficiency. J. Clin. Invest. 31: 798, 1952.
11. LAGUNA, JOSÉ: Bioquímica. La Prensa Médica Mexicana, p. 404, 1960.
12. PÉREZ TAMAYO, RUY: Principios de Patología. La Prensa Médica Mexicana, p. 220, 1959.
13. BLACKBURN, C. R. B.: The Effect of Nialamide on the Level of Ammonia in the Blood of Man (To be published in Australian J. Sci.).
14. NÚÑEZ-OLARTE: Informe personal. Bogotá, octubre de 1960.
15. CASAS, RAFAEL: La intoxicación amoniacal en la etiología del coma hepático. Revista Facultad de Medicina. Volumen 26: 237-259, junio, 1958.
16. CARLSSON A., M. D. Y ASOCIADOS: The Effect of Monoamine Oxidase Inhibitors on the Metabolism of the Brain Gatedolamines. Simposio Internacional sobre Nialamida. Noviembre, 1959. Lisboa, p. 96.
17. PISSANTY J., M. D. Y ASOCIADOS: Further Pharmacological Studies on Nialamide: IV With Respect to Diamine Oxidase: V. With Respect to the Chemical mediators of the autonomic nervous system. Simposio Internacional sobre Nialamida. Noviembre, 1959. Lisboa, p. 58.
18. QUEVEDO, T.; BORRERO, J.: Cirrosis hepática: Antioquia Médica. Vol. 10: 212-256. (Ref. pp. 229 y 230), junio, 1960.
19. RAMÍREZ, ANTONIO: Comunicación personal. Medellín, octubre, 1960.

ASOCIACION NACIONAL DE UNIVERSIDADES

PRIMERA REUNION DE PRESIDENTES DE COMITES DE ADMISION DE FACULTADES DE MEDICINA

Cada año las Facultades de Medicina de Colombia se encuentran frente al problema de no estar realmente en condiciones de extender el privilegio de la educación médica en sus aulas al crecido número de aspirantes que lo solicitan. Esto crea la necesidad de seleccionar un número de candidatos y de tener comités especialmente dedicados a esta función.

Como ya todas las Facultades de Medicina poseen Comités de Admisión y dichos comités han adoptado para la selección de los candidatos procedimientos y sistemas que significan un avance técnico sobre los deficientes y aun injustos, practicados en otras épocas, podría ligeramente pensarse que el problema ha sido solucionado. La realidad, sin embargo, es que estos procesos de selección están en su fase inicial y deben continuar siendo objeto de estudio porque verdaderamente existe todavía un buen trecho por recorrer antes de que pueda afirmarse que los métodos adoptados sean los que hacen más justicia al aspirante y los que puedan garantizarle a la Universidad la selección de los mejores hombres.

Es alarmante para el educador médico la extraordinariamente alta "mortalidad" estudiantil en las Facultades de Medicina de Colombia, que se compara desfavorablemente con la de otros países. Uno de los factores analizables es el hecho innegable de la deficiente preparación de nuestros bachilleres, pero es posible que sea también una indicación de ineeficacia en nuestros sistemas de admisión, pues al paso que en nuestras facultades se ha generado en los últimos años un extraordinario progreso en la educación del estudiante admitido, este beneficio no ha sido igualmente notorio en la escogencia de aquellos candidatos que han de beneficiarse con esa instrucción notablemente mejorada.

Comité de admisiones.

1. El Comité de Admisiones debe ser estable, es decir, estar integrado por las mismas personas durante el mayor lapso posible. Los miembros del Comité adquirirán así una experiencia y familiaridad con esta clase de problemas que traería como resultado

una mayor eficacia en las labores de selección.

2. La acción del Comité de Admisiones debe ser permanente y sus labores no estar circunscritas a la época de admisiones, sino que debe continuar en contacto con los candidatos admitidos, valorando su progreso y realizando entre ellos estudios estadísticos que le permitan juzgar los resultados de los procesos de selección y otras investigaciones afines entre las cuales es urgente iniciar la de la valoración estadística de las causas de "mortalidad" estudiantil.

Para esta misión se asesorará de las personas que considere conveniente y es indispensable la asesoría de un experto en estadística.

3. La autonomía del Comité de Admisiones debe ser tan absoluta que ni siquiera en teoría puedan ser vetables sus decisiones.

4. Consideraremos que el Comité de Admisiones debe estar formado así: el Decano de la Facultad o su delegado, y algunos miembros del personal docente que hayan demostrado capacidad e interés en los asuntos de educación médica, dando preferencia a un profesor de primer año; el Comité de Admisiones se asesorará de los psiquiatras y psicólogos que crea conveniente. Los miembros de este Comité serán nombrados por el Consejo de cada Facultad.

5. El Comité de Admisiones someterá al Consejo de la Facultad la aprobación de su reglamento.

Procedimientos de admisión.

Recomendamos los siguientes requisitos:

Prueba de conocimientos generales.

Pruebas psicotécnicas.

Entrevistas personales (a juicio del Comité de Admisiones).

Calificaciones de bachillerato (con fines investigativos).

Referencias personales (opcionalmente y con fines investigativos).

Prueba de conocimientos generales.

Recomendamos:

1. Que esta prueba se haga sobre las siguientes materias:

Física (y a voluntad del Comité de Admisiones, Matemática).

Química.

Biología.

Idiomas (que serán libremente determinados por el Comité de Admisiones).

2. Que la manera de hacer los exámenes sea en forma de un cuestionario constituido por el suficiente número de preguntas que exploren los conocimientos, razonamiento y capacidades deductivas de los aspirantes. Los cuestionarios finales serán escogidos por el Comité de Admisiones.

Pruebas psicológicas.

Recomendamos:

1. Que todas las Facultades incorporen dentro de su sistema de admisión la práctica de pruebas psicotécnicas.

2. Los psicólogos de la Asociación Colombiana de Universidades de acuerdo con los psicólogos de aquellas Facultades que los tienen, asumen la responsabilidad sobre la escogencia de las pruebas que deben efectuarse y su forma de aplicación.

3. Para un mejor desempeño, aquellas Facultades que no tengan psicólogos de planta, tendrán la asesoría permanente de los psicólogos de la Asociación Colombiana de Universidades para efectuar las pruebas en forma conveniente.

4. Durante el tiempo de trabajo de los psicólogos de la Asociación al ser-

vicio de una Facultad recibirán una asignación cubierta a partes iguales por la respectiva Facultad y el Fondo Universitario.

Entrevistas personales.

La práctica de entrevistas personales se deja a elección del Comité de Admisiones.

Calificaciones de Bachillerato.

En nuestro concepto no debe asignársele ningún valor porcentual debido a la enorme discrepancia de los sistemas de calificaciones de los colegios de Bachillerato. Deben ser solicitadas únicamente con fines de estudio para posterior valoración.

Referencias personales.

Aquellas Facultades que lo crean conveniente pueden solicitarlas con fines investigativos.

Valor numérico en porcentaje de las pruebas de admisión.

Recomendamos asignar los siguientes valores:

Prueba de conocimientos

generales	60 a 70%
Pruebas psicotécnicas . .	20 a 30%
Entrevistas personales . .	0 a 10%

Y para la prueba de conocimientos, sobre 100 los siguientes valores:

Física (y matemáticas)	30%
Química	30%
Biología	30%
Idiomas	10%

Recomendaciones generales.

1. Recomendamos, para ser distribuidos entre los aspirantes, la elaboración de programas para las pruebas de conocimientos y sugerencias de textos de consulta. Para esta labor se distribuyan los temas en la siguiente forma:

Física (Estática, Dinámica y Electricidad): Universidad del Cauca.

Física (el resto): Universidad Nacional.

Matemática: Universidad Nacional.

Química (inorgánica): Universidad Javeriana.

Química (Orgánica): Universidad del Valle.

Biología: Universidad de los Andes.

Inglés: Universidad de Antioquia.

Francés: Universidad de Cartagena.

Alemán: Universidad Nacional.

Estos programas deben ser presentados para su coordinación y aprobación a la próxima reunión de la Asociación de Facultades de Medicina. (Presidentes de Comités de Admisiones).

2. Para una mejor información, creemos indispensable que cada Comité de Admisiones envíe a todos los demás, así como a la Asociación Colombiana de Universidades, las listas de inscripción y las actas de exámenes. Los Comités de Admisiones gestionarán ante la Secretaría de la respectiva Facultad el envío de la lista de aquellos alumnos que han perdido el derecho de continuar estudios; este envío se hará tan pronto como se produzca el hecho.

3. Recomendamos que el cupo de admisión de cada Facultad esté realmente ajustado a sus capacidades para impartir una instrucción médica adecuada.

4. Para llenar el cupo recomendamos, donde fuere posible, aceptar únicamente a los aprobados en todas las pruebas; si es necesario llegar a un número determinado al excedente debe

concederse matrícula condicionada al rendimiento.

5. Para efectos de traslados de una Facultad Médica a otra el aspirante debe hacer todos sus trámites ante el Comité de Admisiones y contar con su aprobación previa.

6. Los estudiantes extranjeros que aspiren a ingresar a una Facultad de Medicina podrán hacerlo mediante el lleno de los mismos requisitos exigidos a los nacionales.

7. En vista de los excelentes resultados obtenidos en los cursos llamados premédicos o de ciencias, recomendamos la creación de Institutos Centralizados de Ciencias, comunes a varias Facultades de una misma Universidad. Mientras este objetivo no se logre, las

Facultades de Medicina deberán continuar asumiendo la responsabilidad de dichos estudios.

8. Se recomienda la creación de un Instituto Central de Orientación Profesional, adjunto a la Asociación Colombiana de Universidades. Para tal objeto se deben aprovechar los buenos oficios de la Unesco u otras entidades extranjeras para el envío de técnicos en orientación profesional.

9. Recomendamos la asistencia de dos delegados nuestros a la reunión de Presidentes de Comités de Admisiones de Facultades no Médicas que ha de realizarse próximamente en Tunja. Y confiamos nuestra delegación en los doctores Humberto Gómez y Carlos Monsalve.

ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA

REVISION DEL CONSEJO DIRECTIVO

Bogotá, marzo 20-22 de 1961.

RECOMENDACIONES SOBRE EL TEMA DE ESPECIALIDADES RECONOCIBLES EN COLOMBIA

I.—El título académico de Especialista en una rama de la Medicina, será otorgado por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina por medio de los mecanismos que en seguida se enuncian:

a) Existirá un Consejo General de Especialidades Médicas, dependiente de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Esta organización es de orden estrictamente académico y aspira a ser auxiliar del Gobierno Nacional en lo que se refiere a la organización y al control del ejercicio de las Especialidades Médicas en Colombia.

b) El Consejo General de Especialidades Médicas estará integrado por diez (10) miembros y sus respectivos suplentes. Cada una de las siete Facultades de Medicina de Colombia, propondrá al Consejo Directivo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, un candidato y su suplente; los tres restantes serán de libre elección del Consejo, pero escogidos entre personas pertenecientes a entidades afi-

liadas a la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, y ellos mismos miembros individuales de ella. La sede permanente del Consejo General de Especialidades Médicas será la ciudad de Bogotá y se acuerda que el suplente propuesto por las Facultades de Medicina sea un residente en esta ciudad.

c) Son funciones del Consejo General de Especialidades Médicas:

1^a Dictar las normas generales que han de regir la organización, los programas de estudio y el ejercicio de las Especialidades Médicas. Estas normas generales deben ser aprobadas por el Consejo Directivo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.

2^a Crear los distintos Comités de Especialidades y someterlos a la aprobación del Consejo Directivo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.

3^a Estimular la evaluación de programas de adiestramiento.

4^a Recibir y estudiar las peticiones de los candidatos a Especialistas.

5^a Dictar normas, disposiciones y reglamentaciones sobre calidades y requisitos que deben llenar las diferentes Instituciones que intervendrán en este programa.

6º Coordinar con el Gobierno Nacional (Minsalud, Mineducación) lo referente a la Reglamentación de las Especialidades Médicas.

7º Constituirse en Organismo de apelación de las decisiones de los Comités de Especialidades.

8º Vigilar el cumplimiento de las normas fijadas para el correcto y eficaz trabajo de los Comités de Especialidades.

9º Presentar al Consejo Directivo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, los candidatos aprobados para efectos de la expedición de los títulos correspondientes.

10º Estudiar los mecanismos para clasificar a los Especialistas ya establecidos.

11º Darse su propio Reglamento.

El Consejo Directivo de la Asociación de Facultades de Medicina recomienda iniciar que las Especialidades de Medicina en Colombia sean divididas en la siguiente forma:

I.—A. ESPECIALIDADES CLÍNICAS.

1-1. *Especialidades Médicas:*

1-1-1. Medicina Interna.

1-1-2. Cardiología.

1-1-3. Dermatología.

1-1-4. Gastroenterología.

1-1-5. Endocrinología y Enfermedades Metabólicas.

1-1-6. Neurología.

1-1-7. Hematología.

1-1-8. Neumología.

1-2. *Especialidades Quirúrgicas:*

1-2-1. Cirugía General.

1-2-2. Cirugía Ortopédica.

1-2-3. Cirugía Plástica.

1-2-4. Neuro-Cirugía.

1-2-5. Cirugía Torácica y Cardiovascular.

- 1-2-6. Oftalmología.
- 1-2-7. Otorrinolaringología.
- 1-2-8. Urología.
3. Pediatría.
4. Radiología: Radiodiagnóstico.
Radioterapia.
5. Patología.
6. Anestesiología.
7. Salud Pública.
8. Medicina Física y Rehabilitación.
9. Obstetricia y Ginecología.
10. Psiquiatría.
11. Nutrición.

II.—B. ESPECIALIDADES BÁSICAS-BIOLÓGICAS.

2-1. Ciencias Biológicas.

2-2. Ciencias Morfológicas.

2-3. Ciencias Microbiológicas:

Virología.

Bacteriología.

Inmunología.

Parasitología.

Micología.

2-4. Fisiología.

2-5. Bioquímica.

2-6. Farmacología.

2-7. Biofísica.

FUNCIONES DE LOS COMITES DE ESPECIALIDADES

1º Fijar los programas de adiestramiento en la respectiva especialidad, los cuales deben incluir:

a) Duración mínima del programa.

b) Porcentaje mínimo y máximo de este tiempo que debe ser dedicado al estudio de Ciencias Básicas o a residencia en otras ramas que se consideren necesarias para la respectiva especialidad.

c) Grado de capacitación y responsabilidad al cual se debe llegar en el programa, y manera de acreditarlo.

2º Determinar los requisitos que deben llenar los servicios hospitalarios para ser aprobados para adiestramiento durante uno o más años en la respectiva especialidad, lo cual debe incluir:

a) Capacidad mínima de camas del Servicio o Departamento y movimiento anual de pacientes.

b) Número de camas por residente, en cada una de las etapas de adiestramiento.

c) Personal docente, y tiempo de trabajo diario de éste.

d) Actividades docentes.

3º Proponer al Consejo de Especialidades y al Comité de Acreditación de Hospitales la aprobación de los servicios para adiestramiento de residentes en la Especialidad y su revocación, según el caso.

4º Someter a la aprobación del Consejo de Especialidades los programas de exámenes y su calendario.

5º Constituir los jurados examinadores.

6º Evaluar los candidatos a recibir el título de especialista, teniendo en cuenta los estudios que acreditan haber efectuado el resultado de los exámenes y pasar la lista de quienes hayan sido aprobados al Consejo Directivo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, a través del Consejo de Especialidades.

RECOMENDACIONES SOBRE EL TEMA DE REGLAMENTACION DEL INTER- NADO Y ACREDITACION DE HOSPITALES

Teniendo en cuenta la urgente necesidad de reglamentar y unificar los programas de internado y de establecer normas para la acreditación de aquellos hospitales que ofrecen programas de internado que puedan ser reconocidos por la Asociación Colom-

biana de Facultades de Medicina, el Consejo Directivo oyó el informe presentado por la Comisión de Acreditación de Hospitales y los importantes conceptos emitidos por los Ministros de Salud Pública y Educación.

Después de cuidadosa discusión y estudio sobre esta materia, el Consejo Directivo resolvió crear el Comité Asesor Permanente de Acreditación de Hospitales, el cual estará compuesto por cinco miembros, así:

a) Tres miembros principales de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina: los doctores José Félix Patiño, de Bogotá (Presidente del Comité), Eduardo Anzola, de Cali, y Hernando Echeverri, de Medellín. Tres suplentes: los doctores Guillermo López Escobar, Jorge Cavelier Gaviria y Alejandro Jiménez Arango.

b) El Director de la División de Asistencia Pública del Ministerio de Salubridad, doctor Gustavo Esguerra Serrano.

c) El Presidente de la Asociación Colombiana de Hospitales, doctor Jorge Vergara Delgado.

El Comité de Acreditación de Hospitales tendrá como función principal el llevar a cabo un estudio muy detallado sobre las condiciones que debe llenar una institución hospitalaria, para que pueda ofrecer un programa de internado, acreditado por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.

Teniendo en cuenta las recomendaciones que sobre esta materia hizo la Primera Asamblea de la Asociación, reunida el año pasado en Popayán, el estudio preliminar adelantado por la Universidad Nacional y la Comisión de Acreditación de Hospitales, así como los conceptos emitidos por los Ministros de Salud y Educación, el Consejo Directivo aprobó el proyecto de reglamentación de las condiciones para ofrecer programas de internado que

se basa en los siguientes requisitos mínimos:

1º El hospital deberá poseer una planta física adecuada, con capacidad de no menos de 80 camas, con una proporción de un interno por cada 20 o 30 camas, y con promedio de ocupación no menor del 75%.

Deberán existir servicios de Consulta Externa y Urgencias, debidamente organizados para prestar servicio continuo y muy eficiente.

El Hospital deberá poseer Departamentos de Radiología, Laboratorio con banco de sangre y Patología con personal idóneo que trabaje según horario definido.

Deberá existir una biblioteca que mantenga un número mínimo de textos y de publicaciones científicas.

Además, deberá contar la Institución con salones adecuados para llevar a cabo un programa definido de reuniones y conferencias de carácter científico y administrativo.

2º Todo hospital que desee acreditación por parte de la Asociación, deberá contar con una organización de su personal científico y administrativo, según las normas que ha aprobado la Asociación y que se basan en normas universales que están en vigencia en muchos países. El Comité de Acreditación de Hospitales, en unión del Ministerio de Salud Pública, distribuirá a cada Hospital un folleto descriptivo con recomendaciones detalladas sobre organización hospitalaria.

3º El Cuerpo Médico del hospital habrá de estar organizado, y sus funciones debidamente reglamentadas, según las bases aprobadas por la Asociación. Esto tiende a definir funciones y a escalafonar el personal médico en categorías de acuerdo con los grados de capacitación y con el tiempo de dedicación al trabajo hospitalario, tiendiente a lograr un máximo de eficiencia en su trabajo.

4º El hospital deberá contar con un Departamento de Enfermería debidamente organizado, en lo posible dirigido por una enfermera graduada, y constantemente buscará los métodos para mejorar sus servicios generales de enfermería.

5º Especial énfasis se ha hecho en la necesidad de que cada hospital mantenga un alto nivel en la elaboración de las historias clínicas y posea Departamentos de Estadística y archivo estrictamente organizados. La Asociación considera que las fallas en esta materia son causa de muchas de las deficiencias más graves de que adolecen nuestros hospitales. El Comité de Acreditación de Hospitales también distribuirá folletos informativos sobre normas para la elaboración de historias clínicas, como han sido elaboradas por la Comisión que ha venido realizando el trabajo preliminar.

6º El estudio para la Acreditación de Hospitales para Internados será realizado por medio de encuestas y de frecuentes visitas por parte del Comité.

7º El Comité de Acreditación de Hospitales de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, tiene sede en la Oficina del Hospital San Juan de Dios de Bogotá, donde cuenta con servicios de secretaría y archivo. Allí se mantendrá la lista de los hospitales de Colombia que sean acreditados para Internado y Residencia por la Asociación, lista que será distribuida por cada una de las Facultades entre sus alumnos de último año. Las Facultades de Colombia solamente reconocerán el Internado (que es requisito indispensable para la obtención del grado) a aquellos individuos que hayan realizado la respectiva labor en los hospitales acreditados. La acreditación otorgada a un hospital solamente será refrendada a aquellos hospitales que cumplan y mantengan los requisitos establecidos por la Asociación.

RECOMENDACIONES SOBRE EL TEMA DE ANALISIS DEL PROYECTO DE LEY ORGANICA PARA LA UNIVERSIDAD NACIONAL

Después de un extenso y cuidadoso estudio en que intervinieron activamente el señor Ministro de Educación, todos los Decanos y algunos miembros individuales de la Asociación, se decidió hacer las siguientes recomendaciones:

1º Es conveniente asegurar en el Organismo Superior de Gobierno de la Universidad, una adecuada representación de las fuerzas universitarias y también de la comunidad. En todo caso, los miembros de los Consejos directivos deben ser individuos vinculados a la Universidad y con trayectoria conocida de servicios a ella.

2º El Estatuto Universitario debe garantizar un sistema administrativo eficiente y manejado por personas técnicamente capacitadas para desarrollar esta función fundamental en el trabajo universitario.

3º Es necesario dar especial énfasis al tiempo completo y a la estabilidad del profesorado y de las directivas.

4º Las actuales Unidades Docentes de la Universidad pueden ser agrupadas en un número limitado de grandes divisiones o secciones, cuyos directores formen un Consejo Académico de operación sencilla.

5º Los Consejos de las Unidades Docentes deben incluir dentro de su seno representación de los distintos Departamentos o Secciones que las compongan.

6º El Estatuto Universitario deberá establecer que los hospitales donde las Facultades de Medicina desarrollan

sus labores docentes y de investigación tengan el carácter de Hospitales Universitarios, cuyo control y dirección científica sólo pueden estar a cargo de la Escuela Médica respectiva.

(Por control científico se entiende:

a) El derecho al libre nombramiento y remoción a todo el personal científico que trabaja en el Hospital.

b) La posibilidad de establecer las orientaciones sobre tratamiento, investigaciones y educación en esos hospitales.

c) La responsabilidad de elaborar los Estatutos y Reglamentos del Hospital.

d) El deber de aplicar al personal científico las sanciones que fuere necesario, por faltas de orden ético, científico o disciplinario).

RECOMENDACIONES SOBRE EL TEMA DE TESIS DE GRADO

1º Se considera que los trabajos de Tesis constituyen uno de los sistemas para la enseñanza del método científico, y si están dirigidas y orientadas adecuadamente, son útiles como disciplina en la formación del médico, siempre y cuando se disponga de biblioteca, equipos y elementos indispensables (facilidades de laboratorio, animales de experimentación, material clínico y epidemiológico, etc.).

2º Se recomienda a las Facultades que mientras no se cuente con las facilidades adecuadas para la realización de este tipo de trabajos, es preferible recurrir a otros sistemas para la enseñanza del método científico.