TRATAMIENTO DE LA DIABETES

— *Dr. Luis Soto Pirela.*
del Zulia.
Profesor de Clínica Médica de la Universidad

Intervención: ¿Cuál es el mecanismo de acción de los hipoglicemiantes orales?

Dr. Soto: El mecanismo de acción de los hipoglicemiantes orales (Carbutamida, Tolbutamida, Cloropropamida, etc.), no está absolutamente comprobado de manera científica. Pensando en que no tienen acción en la diábetes juvenil, en la diábetes infantil, en los que creemos que no existe páncreas funcionante, que no son efectivas en el perro pancreatectomizado ni en el perro hecho diabético con la administración de aloxan, se ha dicho entonces que para actuar necesita la presencia del páncreas, o sea, que haya islotes de Langerhans. Entonces, la única explicación será, que efectúan una estimulación de las células beta, lo que aumentaría la producción de insulina endógena. Sin embargo, hay muchos autores que creen que la acción, única y exclusivamente, se debe a un bloqueo enzimático en el hígado, estando bloqueado el paso de glucógeno a glucosa, y de esta manera tendría el efecto hipoglicemiante que todos conocemos.

En cuanto a la acción del D.B.I., es diferente. Este no efectúa una estimulación de los islotes de Langerhans, sino que prácticamente provoca una mayor incorporación de glucosa a las células. Este es un mecanismo hasta cierto punto inexplicable, porque in-vitro se comprueba que inhibe los fermentos de oxidación (citocromos), de manera pues, que en éste está todavía más oscuro el mecanismo de acción; pero, por lo menos, se acepta que actúa incorporando mayor cantidad de glucosa a la célula.

Br. Ruiz: ¿Cuál es la conducta a seguir para obtener el mejor éxito en el tratamiento del mal perforante plantar?

Dr. Soto: El mal perforante plantar, prácticamente, está condicionado por una neuropatía que ocasiona disminución o pérdida de la sensibilidad, por lesiones vásculo-degenerativas y por la aparición de callosidades. Sobre esto actúa un factor desencadenante, que serían los pequeños trauma-

tismos que la persona no siente, debido, precisamente, a su neuropatía. Nosotros por lo general, le mandamos a cuidar muy bien los pies a los diabéticos, y cuando aparece el callo, el tratamiento que le aconsejamos es que sumerjan los pies en agua tibia durante 20 minutos, y luego los froten con piedra pómez, cuidando de que en ninguna de estas maniobras salga sangre, hasta que el callo desaparezca.

Si estamos en presencia de mal perforante plantar, ya constituído, hay que hacer el control correcto de la diábetes, y si hay callo alrededor, hay que limarlo. Es un tratamiento tedioso, prolongado, y en algunas ocasiones no hace desaparecer el mal perforante. Indudablemente, si hay signos de infección, se usarán antibióticos.

Br. H. Viloria: ¿Se pueden usar libremente corticoides en los diabéticos?

Dr. Soto: Indudablemente que no se pueden usar libremente, pero si un diabético necesita corticoides urgentemente, hay que verificar un buen control con insulina y utilizar los nuevos corticoides que, probablemente, tienen un efecto diabetogénico mucho menor. Si un diabético tiene, por ejemplo, una septicemia y está en colapso, debemos usar los esteroides por vía endovenosa tratando de corregir este colapso y controlando al mismo tiempo su diábetes.

Br. Ramírez: ¿Qué experiencia tienen ustedes con el uso de las sulfamidas en la diábetes?

Dr. Soto: La mayor parte de nuestros pacientes están tratados con tolbutamida; pero estos pacientes, generalmente, pasan de los cuarenta años y son obesos. Los resultados en algunas ocasiones son buenos, y quizás en la mitad de los casos fallan, porque los pacientes no siguen correctamente la dieta impuesta. Hay pacientes que exclusivamente con la dieta están bien controlados; pero en otros hemos podido observar que sometiéndolos al principio a una dieta y luego administrándoles tolbutamida, se llega a un buen control, por lo menos bioquímico, de la enfermedad. Tenemos experiencia exclusivamente con la tolbutamida; en líneas generales la usamos y creo que la seguiremos usando.

Como ustedes saben, la curva de tolerancia a la glucosa da una visión bastante exacta de lo que se llama estado pre-diabético; ya sean niños prediabéticos o embarazadas pre-diabéticas, que es en lo que más se ha trabajado. Se han hecho estudios en niños con curvas de tolerancia a la glucosa francamente alteradas y en los cuales hay un altísimo porcentaje que va a presentar posteriormente diábetes. A estos niños se les ha dado dieta libre en carbohidratos y se les ha suministrado tolbutamida, viéndose que el porcentaje de los que desarrollan diábetes es mucho menor; por lo cual el autor de ese trabajo concluye, que se puede hacer de esta forma un tratamiento en cierto modo profiláctico de la enfermedad. En la actualidad estamos tratando de repetir ese trabajo.

Br. Nevado: Esas pruebas de tolerancia a la glucosa en mujeres embarazadas, ¿se harían en las embarazadas en general o en aquellas que tienen antecedentes diabéticos?

Dr. Soto: Podrían hacerse en los dos casos, pero queremos hacerlo de rutina en las embarazadas. Los estados prediabéticos se descubren con mayor facilidad en mujeres embarazadas y, según experiencias que se tienen, deben ser tratadas tanto ellas como sus niños, como si fueran diabéticos, pues el porcentaje de complicaciones (fetos gigantes) es casi el mismo que si la mujer fuera francamente diabética. De manera, que tiene un punto de valor práctico y si se sigue un control correcto, se evitarán complicaciones en el parto. Los niños deberán ser tratados como prematuros, haciendo caso omiso del peso que tengan.

Intervención: ¿Qué posibilidad hay de que un paciente no diabético sometido a insulinoterapia haga posteriormente una diábetes?

Dr. Soto: No nos parece probable esa posibilidad. Hay diabéticos a quienes se les administró insulina y que en algunas ocasiones vemos cómo pueden ser controlados exclusivamente con el régimen dietético. Nosotros tenemos pacientes, por ejemplo, en los cuales ha sido necesario, para obtener un correcto control bioquímico de la enfermedad, administrar 80 unidades diarias de insulina por tres o cuatro meses, y ha llegado un momento en que no se ha necesitado insulina, o sea, que aún con la inyección de insulina no se produjo ninguna atrofia, puesto que en un momento determinado parecieron estar controlados con su insulina endógena. De tal manera, que ese estado, algunos autores lo han considerado de protección, o sea, que al poner las células beta en reposo, mediante la inyección de insulina exógena, podría recuperarse en forma relativa y funcionar más o menos normalmente.

Lo que sí se ha encontrado con la administración de insulina es una exacerbación de la diábetes por una sobredosis y eso se explica por la llamada reacción cushinoide: si se usa una sobredosis de insulina, el individuo puede tener una hipoglicemia en cualquier momento del día, como también durante la noche. El nivel al cual el individuo presenta síntomas de hipoglicemia es muy variable: algunos lo pueden hacer a 60 mgr. %, otros a 40 mgr. %; sin embargo, una vez que se haya logrado una glicemia por debajo de 60 mgr. %, se presenta una reacción compensadora por parte del organismo, como una reacción de tipo adrenal, tanto de secreción de adrenalina como de glucocorticoides; ésta provoca neo-glucogénesis y glicogenolisis.

Tenemos ya cuatro casos que han recibido hasta 60 U. de insulina diariamente, y habiéndoseles suspendido, los valores de la glicemia se han acercado a lo normal. Un ejemplo concreto lo tenemos en una paciente cuya glicemia en ayunas era de 230 mgr. %, y usaba 60 U. de insulina. A pesar de haberse aumentado la insulina, la glicemia seguía alta en ayunas y en cambio, estaba por debajo de las cifras normales entre las

3 p.m. y las 4 p.m. (se usaba insulina N.P.H.). Se bajó la dosificación de insulina, e incluso, se suprimió, y en la actualidad la paciente está siendo tratada con dieta y 1 gr. de tolbutamida, y los niveles actuales varían entre 130 mgr. % y 148 mgr. %, los cuales siempre fueron más altos con la administración de insulina.

Br. Alizo: ¿Hay peligro en la administración prolongada de los hipoglicemiantes?

Dr. Soto: Hay reacciones tóxicas a las drogas y disturbios menores en la esfera gastrointestinal. Nosotros no hemos observado ningún efecto tóxico en pacientes que llevan más de un año recibiendo tolbutamida. Sin embargo, debe tenerse presente que pueden ocasionar alteraciones en la fórmula blanca, dermatitis exfoliatriz, rash medicamentoso, etc. Sólo hemos suspendido la droga en un caso por intolerancia gástrica.

Br. Nevado: ¿Existe alguna relación entre el tratamiento de insulina con dieta y el de las sulfas hipoglicemiantes con dieta? Lo pregunto porque he notado en la consulta, que se tratan con insulina cuando hay cifras de glicemia alta, y con sulfas, cuando son menores las cifras de la glicemia.

Dr. Soto: Los niveles de glicemia, aunque tienen cierto valor, son indudablemente relativos, y son hasta cierto punto, secundarios. Lo importante es el cuadro clínico presentado por el paciente: que esté libre de cetosis, que no tenga en su historia anterior ningún episodio de ceto-acidosis, que sea obeso, que tenga una edad superior a los 40 años; puede tener 400 mgr. % de glucosa, sin embargo ser susceptible al tratamiento con tolbutamida. En cambio, un diabético juvenil puede tener 250 mgr. % y sin embargo no es susceptible a la terapia con hipoglicemiantes orales. De manera que no es el valor de la glicemia lo que nos va a indicar la pauta para hacer el tratamiento con insulina.

En cuanto a la dieta, es igual en los dos casos. Nosotros calculamos 10 calorías por libra de peso ideal, lo cual da las necesidades basales. A eso le agregamos entre 100 y 200 calorías si es un hombre joven y alto; en cambio, le restamos las mismas calorías si es obeso, mujer o viejo. A este resultado le agregamos el metabolismo del trabajo. Si es una actividad ligera, se agrega del 20% al 30% de las calorías basales; del 40% al 60% si es una actividad mediana; y en los casos de mayor actividad se les añade hasta un 80% y aún más de las calorías basales.

Entonces la dieta, esté recibiendo insulina o no, es igual. Ahora quiero hacer hincapié en que la cifra de la glicemia no es de valor absoluto para decir que un paciente va a responder a la terapia con tolbutamida o que necesita insulina. Hasta el momento actual no hay ninguna guía fija que nos dé una seguridad del 100% de que un paciente no va a responder a la tolbutamina sino a la insulina. Hay pacientes con menos de 30 años de edad, tratados con tolbutamida que responden perfectamente bien, incluso sin sobrepeso; y tenemos pacientes con sobrepeso y más de 40 años, a los que no ha sido posible controlarlos, sino con insulina. De

manera que uno de los tests que se quiere hacer ahora es la inyección endovenosa de 2 grs. de tolbutamida y medir tanto lo que baja la glicemia como la actividad insulínica del plasma. Parece ser que los que aumentan en buena proporción la actividad insulínica del plasma y bajan la glicemia, nos dan cierta seguridad de que sí van a responder a la tolbutamida.

Dr. Zabala: Hay algunos que recomiendan sulfas hipoglicemiantes cuando la glicemia está por debajo de 140 mgr. %; o sea, que cuando la glicemia alcanza niveles superiores a 140 mgr. % no se debería emplear las sulfas. Pero nosotros hemos visto en la práctica, pacientes que llegan con niveles de 300 mgr. % y una excreción de glucosa de 30 gr. en las 24 horas. Comenzamos el tratamiento con 80 U. diarias de insulina N.P.H.; a la tercera semana tenemos al paciente en condiciones normoglicémicas, sin excreción de azúcar en las 24 horas.

Dr. Soto: También otros dicen que están indicadas las sulfas cuando la dosis de insulina que necesita el paciente es baja, pero nosotros tenemos un paciente que usaba 80 U. diarias de insulina, y sin embargo fué posible controlarlo con tolbutamida.

Br. Ramírez: ¿Cuáles son las contraindicaciones del tratamiento con la tolbutamida?

Dr. Soto: La contraindicación es que el paciente haya tenido o tenga una historia anterior de cetoacidosis; el que sea un diabético infantil o juvenil también es otra contraindicación, porque de ninguna manera se le va a controlar con estas drogas. Esto último sería tremendamente peligroso, hasta tal punto que una paciente de 20 años, con un embarazo de tres meses, fué cambiada de insulina a tolbutamida y en menos de tres días hizo un coma acidótico y murió. De manera pues, que las contraindicaciones serán: los diabéticos infantiles o juveniles, el diabético por debajo de su peso normal y con historia anterior de cetoacidosis y si existe una complicación aguda. No es por efecto tóxico que están contraindicadas, sino porque no vamos a conseguir ningún efecto beneficioso y podemos hacer más daño que bien.

Br. Ramírez: ¿Cómo se explican las reacciones hiperglicemiantes de la tolbutamida?

Dr. Soto: Yo no conozco ningún caso. En cambio, la cloropropamida sí puede producirlas, ya que su efecto hipoglicemiante es mayor, y entonces, se podría producir una hiperglicemia compensadora como sucede a veces con la insulina. Los comas diabéticos que se han descrito con la administración de tolbutamida, no creo que se deban al efecto de la droga, sino que, posiblemente, esos pacientes eran sujetos en los cuales no estaba indicada la droga hipoglicemiante y siéndole administrada sin estar indicada, hace el coma acidótico, ya que la glicemia no se le estaba controlando. Se produjo el coma porque no le dieron insulina, no porque la tolbutamida lo produjera.

Br. Soto: ¿Por qué los fetos de madres diabéticas deben ser tratados como prematuros?

Dr. Soto: Ustedes saben que estos fetos son bastante frágiles, ellos tienen quizás, como acción compensadora, una hipertrofia del páncreas, y pueden hacer hipoglicemias después del nacimiento. Es por eso que tenemos que administrarles glucosa. Son niños muy susceptibles a infecciones, por lo tanto, tienen que ser tratados con mucho cuidado.

Intervención: ¿Qué conducta se ha de seguir con un diabético que ha de ser sometido a una intervención quirúrgica?

Dr. Soto: Hay casos de diabéticos que deben ser sometidos a intervenciones quirúrgicas, pudiendo tratarse de cirugía de urgencia o de cirugía electiva. Si es electiva, hay que controlar primero la diábetes usando insulina simple, junto con la administración de alimentos, cada seis horas. Si la operación es de las llamadas de cirugía menor, daremos una dieta corriente; si está calculada en 2.000 calorías, daremos 500 calorías cada seis horas y dosificaremos la insulina hasta que no tenga glucosuria.

Si el paciente necesita un tratamiento quirúrgico de urgencia por una complicación como apendicitis, y presenta una cetoacidosis que ha sido desencadenada por el proceso infeccioso, en este caso podemos esperar unas horas; mientras tanto, debemos controlar el estado del paciente o sea la acidosis. Sin embargo, hay ocasiones en que no es posible hacerlo pues puede tener una hemorragia interna, y entonces hay que operarlo en seguida y hacer las dos cosas al mismo tiempo. Cuando hay que operar de urgencia sin cetoacidosis, es preferible darle insulina cada seis horas, y como generalmente en estas intervenciones está contraindicada la vía oral, le daremos solución glucosada por vía endovenosa cada seis horas. La cantidad a dar es de 750 cc. cada seis horas y la insulina tendremos que ajustarla, pero por regla general la dosis está entre 20 y 30 unidades. En algunas ocasiones se necesitará más líquido y entonces, entre cada tres sueros glucosados, intercalamos uno glucofisiológico y administramos la insulina antes de cada inyección de suero. Luego que podamos utilizar la vía oral, le damos una dieta líquida, que corresponda a las calorías necesarias, cada seis horas, precedida por la correspondiente inyección de insulina.

Un diabético es quizás una persona que puede tener más complicaciones al operarlo, pero el riesgo, si es mayor, es en grado muy ligero. Se puede hacer cualquier tipo de intervención siempre que se controle bien la diábetes. Indudablemente que si está en acidosis, el problema varía y la fatalidad puede ser mucho mayor.

Br .Olivares: ¿Cuál es el riesgo en el uso de las soluciones glucosadas hipertónicas?

Dr. Soto: Las soluciones glucosadas hipertónicas no tenemos por qué usarlas, y aún en caso de que se administren, no hay ningún riesgo, porque la glucosa en sí no hace daño a ningún paciente diabético; son los

otros trastornos los que matan al enfermo. El único dato experimental que se tiene de que los niveles altos de glucosa pueden producir una diábetes, fué un experimento que hicieron sobre un gato, inyectando solución glucosada en el peritoneo. Eso no es aplicable de ninguna manera a la diábetes humana, ni se ha podido conseguir prácticamente en ningún otro animal.

Incluso, hay un diabetólogo americano que le da dieta libre a sus pacientes, los mantiene con la glicemia y glicosuria que tengan y les da insulina para que aprovechen la cantidad de glucosa que necesiten. Tiene pacientes observados durante más de 12 años y en su estadística no existe ninguna diferencia con las de los pacientes que siguen una dieta estricta.

A los pacientes quirúrgicos que tienen complicaciones, hay que darles glucosa, pues si les falta ésta, van a hacer una neoglucogénesis y este hecho, el que estén pasando grasas a glucosa, aumentando los ácidos grasos, sí que es un verdadero peligro.

Dr. Zabala: En los únicos casos donde está justificada la administración de soluciones hipertónicas de glucosa, es en la reacción hipoglicémica por el uso de la insulina. Se darán 20 cc. de solución glucosada al 50% por vía intravenosa.

Dr. Soto: Hay un trabajo presentado por la Asociación Americana de la Diábetes, en el cual midieron ácidos grasos, colesterol, triglicéridos, y encontraron que en los diabéticos mal controlados, todas estas fracciones estaban aumentadas. Si partimos de la hipótesis de que un aumento sostenido de los ácidos grasos y triglicéridos va a provocar una mayor arterioesclerosis, es entonces, desde todo punto de vista beneficioso el que controlemos bien nuestros pacientes y con ello bajamos las cifras de ácidos grasos y triglicéridos, y entonces, las lesiones degenerativas vasculares disminuirán. Estos autores proponen dietas con grasas poliinsaturadas. Ustedes saben que las grasas animales son saturadas o monoinsaturadas y todas ellas suben los lípidos sanguíneos, en cambio, dando dietas con ácidos grasos poliinsaturados — Houssay lo hizo con aceite de coco o de nuez, ácido linoleico — bajan los lípidos circulantes.

Algunos creen que estas lesiones degenerativas no son una complicación sino que pertenecen al cuadro mismo de la diábetes. Ellos se pusieron a hacer curvas de tolerancia glucosada en mujeres menores de 60 años, con cifras de glicemia normal y con historia de infartos, anginas o gangrena arterioesclerótica, y se encontraron con que por lo menos un 60% de ellas, presentaban curvas de tolerancia aumentadas.

Nosotros creemos que en una diábetes bien controlada hay menos oportunidades de hacer estas complicaciones vasculares, porque tenemos pacientes que han sido diabéticos por diez a quince años, que han sido bien tratados, y que no han presentado ninguna complicación.

Br. Rubio: ¿Por qué un diabético con una infección no responde a la insulina?

Dr. Soto: Generalmente un diabético con una infección presenta una resistencia aumentada a la insulina, porque hay que tener en cuenta que toda infección, fiebre o proceso que aumente el metabolismo, con excepción del ejercicio, aumenta la resistencia a la insulina. En estos casos es donde, para controlarlos bien, hay que dar la dieta cada seis horas, precedida de la inyección de insulina regular antes de cada comida.

Quiero hacer hincapié sobre un punto importante: Ustedes saben que la insulina es una proteína. Si se da por vía oral, las enzimas digestivas la destruyen; de manera que, nunca se les ocurra tratar a nadie por vía oral con cualquiera de esos produtos comerciales que digan poseer extractos pancreáticos, porque es completamente inútil. En el momento actual todavía no hay ningún preparado que contenga insulina y que pueda ser administrado por vía oral.

Br. Olivares: ¿Cómo se hace la determinación de los cuerpos cetónicos?

Dr. Soto: Se puede hacer de una manera muy fácil. En el comercio hay una tableta de color blanco, o ligeramente amarillo, que se llama Acetest y se puede poner en presencia de una gota de suero o de orina. Si no hay cuerpos cetónicos, la tableta queda igual, pero si los hay, la tableta vira a un color azul pálido, azul intenso o violeta, de acuerdo con la cantidad de cuerpos cetónicos. Cuando las reacciones son fuertemente positivas, se usa una dilución del suero. Si la reacción para acetona da cuatro cruces, es casi seguro que no tiene una reserva alcalina de más de 1 miliequivalente. Este es un índice muy bueno si no se puede hacer una determinación de la reserva alcalina, rápidamente.

El diagnóstico de la cetoacidosis diabética debe hacerse en forma muy precoz, porque mientras más tiempo transcurra entre el diagnóstico y la instalación de la terapéutica, indudablemente las posibilidades de salvar al paciente van disminuyendo. De manera que si se presenta un diabético que diga que se siente mal, que está vomitando y que tiene anorexia, inmediatamente hay que investigarle la cetosis. Esto se puede hacer, si uno carga sus tabletas de Acetest, en cualquier parte, simplemente con poner una gota de suero en contacto con la tableta. Si tiene cuerpos cetónicos positivos, debe empezarse de una vez el tratamiento, sin esperar el resultado del laboratorio; si está en la casa, antes de enviarlo al hospital, póngale 100 U. de insulina, y si el paciente está en shock se ponen las dos terceras partes por vía endovenosa y el resto por vía subcutánea. Luego, en el hospital verán la glicemia: si está por encima de 700 mgr. %, deben administrar por lo menos, otras 100 U. de insulina; si no, pondrán 50 U. hasta que la glicemia llegue por debajo de 300 mgr. % y una vez que llegue ahí, se mide la glucosuria cada cuatro horas; en una glucosuria de cuatro cruces se ponen 30 U.; de tres cruces, se ponen 20 U.; de dos cruces, 10 U. y si tiene una cruz, no ponemos nada; si el resultado es cero, se le da jugo de naranja.

El último coma que vimos, lo recibimos alrededor de cuatro horas después de iniciado y duró ocho horas a pesar de que se usaron alrededor de 750 U. de insulina. En cambio, un coma con cuatro horas de instalación, salió en menos de ocho horas, con 250 U. de insulina. Y una señora, con apenas unos leves trastornos gastrointestinales, pero que tenía cuerpos cetónicos positivos en la orina, con el tratamiento corriente de su diábetes, cambiando la insulina modificada por la insulina regular, en poco tiempo desaparecieron los cuerpos cetónicos de la orina y con ellos, sus trastornos.

Las complicaciones como el Kimmelsteil-Wilson no las podemos hacer regresar de ninguna manera. Las retinopatías diabéticas, aunque algunos dicen que logran mejorarlas algo, con dietas con grasas poliinsaturadas, tampoco son influídas mucho en su cuerpo. Generalmente los que tienen una glomérulo-esclerosis, empiezan por un síndrome nefrótico que luego los conduce a la nefropatía terminal; sin embargo, eso tiene ciertas ventajas ya que en la práctica se ve que necesitan menos cantidades de insulina que los pacientes sin nefropatías. Generalmente todos los pacientes que hemos recibido en el servicio con gangrena, tienen nefropatías y albuminuria de 8,10 y hasta 15 gr./1 t. y muchas veces con 20 U. de insulina modificada se controlan perfectamente bien. De manera, que esa es la única ventaja que puede tener una nefropatía de este tipo, pero el curso de ella no se modifica porque ya es una complicación degenerativa, lo mismo que la retinopatía. En las neuropatías, tampoco es mucho lo que se logra.

Br. Nevado: ¿Qué tratamiento ha de seguirse en una embarazada diabética?

Dr. Soto: El embarazo es otra condición que aumenta el metabolismo. Indudablemente que la embarazada diabética merece especial atención, y si le descubrimos la diábetes durante el embarazo y no ha sido tratada nunca, la tratamos con insulina hasta lograr su control.

Br. Nevado: Refiriéndonos a una diabética ya tratada anteriormente, ¿qué conducta debemos seguir durante el embarazo?

Dr. Soto: Hay que aumentar la dosis de insulina para lograr el mismo control y debemos tener mucho cuidado una vez terminado el embarazo, porque pueden disminuir las necesidades de insulina y si se siguen inyectando las mismas dosis, puede presentarse un coma hipoglicémico.

Br. Nevado: ¿Hay algún problema en lo que se refiere al feto?

Dr. Soto: No. Debe ser tratada la diábetes y con eso se evitan precisamente los problemas que tiene el feto; y a éste, como ustedes saben, una vez que haya nacido, hay que administrarle generalmente glucosa porque presenta una hipoglicemia debida a la hiperfunción compensadora del páncreas.

Dr. Liccio Martínez: Pienso yo que cuando una paciente está siendo sometida a tratamiento con sulfas hipoglicemiantes y no observa una die-

ta estrictamente, el tratamiento a base de estas sulfas es menos enérgico que el de la insulina.

Dr. Soto: Nosotros también estamos de acuerdo y esa es la lucha constante que tenemos con nuestros pacientes: que sigan la dieta. Generalmente una de las excusas que nos ofrecen es que no tienen dinero para seguir la dieta impuesta, pero esto no es una excusa; no hay alimentos especiales para los diabéticos, son los mismos que come todo el mundo en la casa, lo que regulamos es la cantidad. Un paciente que abandone la dieta tiene probabilidades de hacer una complicación y, repetimos, que en estos casos de complicación, si el tratamiento anterior era a base de tolbutamida, es necesario ahora recurrir a la insulina.

Nosotros tenemos preparadas dietas standard con las cuales la mayoría de los diabéticos pueden ser controlados de manera aceptable. Algunos diabéticos muy difíciles de manejar, necesitan ajustarle una dieta individual; pero estos diabéticos no son la mayoría.

Dr. Martínez: Yo quiero hacer una observación sobre la dieta. La dieta que se sigue en la Cátedra de Clínica Médica, que conozco perfectamente bien, la mayoría de las veces los pacientes no la pueden seguir por lo siguiente: allí están especificados tantos gramos de tal substancia, tantos gramos de esta otra, etc., de tal manera que para los pacientes es muy incómodo el estar pesando tantos gramos para una y otra substancia. No sé si ustedes tienen en sus planes organizar una dieta que fuera más práctica en el sentido de que la persona pudiera preparar mejor sus comidas sin este problema.

Dr. Soto: La tendencia de todos los dietistas actualmente es evitar las medidas. En realidad un solo grupo en la lista de esa dieta de la Cátedra de Clínica Médica tiene medidas, y es el que corresponde a carne y sus equivalentes, ya que es difícil medir la carne en otra medida que no sea en gramos. En la lista, tienen ustedes la leche que no se da en gramos sino por tazas; los vegetales divididos en dos subgrupos: los que se pueden comer libremente y los vegetales del 12% y 15%, los cuales están medidos por tazas. Para las frutas, un níspero pequeño o una manzana, no tienen necesidad de peso. El pan y los equivalentes como las caraotas, las arvejas, las papas, tampoco se miden en gramos ni en tazas.

Vamos a hacer una nueva organización de la dieta y en ella vamos a tener, o bien, figuras impresas como las hay en un folleto de la Asociación Americana de la Diábetes, que más o menos en escala natural simulan el tamaño de un bistec de 60 gr., o bien lo haremos con figuras plásticas, o recurriremos a un dietista para que instruya a los pacientes al respecto. Probablemente tendremos que empezar con figuras impresas, pero lo ideal en estos casos es que al lado del internista esté siempre un dietista que a 10 o 15 diabétios en conjunto les prepare la comida por 2 o 3 días y les enseñe la proporción y peso en que deben entrar ciertos alimentos.

Br. Olivares: ¿Cómo se explica que pacientes que han presentado un infarto del miocardio, desencadenen más tarde una diábetes?

Dr. Soto: Puede ser que esos casos sean individuos que sin ser declarados diabéticos, tengan una curva de tipo diabético y al presentársele el infarto se hagan diabétios declarados; por eso yo creo que debemos hacer más curvas de tolerancia en individuos supuestamente sanos, para ver cuál es la evolución de ellos.

Nosotros damos por ejemplo, 100 gr. de glucosa y a las dos horas hacemos una glicemia; si está en 1.40 gr. (método Folin-Wu), consideramos que estos individuos son prediabéticos y cuando se ha seguido su evolución, a los cinco o diez años han hecho una diábetes. Si se usa el método de Somogi, las cifras deben ser más bajas —1.30 gr. %— porque el método de Somogi mide sólo la glucosa y no todos los cuerpos reductores como el de Folin-Wu. Claro está que no todos los que tienen valores de 1.30 a 1.40 gr. % en la curva de tolerancia, se harán inmediatamente diabéticos.

Intervención: ¿Qué incidencia tiene la diábetes infantil?

Dr. Soto: No sé exactamente. Aquí no nos han remitido nunca ningún caso. La incidencia de diábetes general es de 1.5% y 1.7 gr. %, de manera que en una población como la del Edo. Zulia, se van a encontrar unos cuantos diabéticos.

Intervención: ¿Tendría algunas variantes el tratamiento para los niños diabéticos?

Dr. Soto: Indudablemente que sí. En primer lugar, tienen una gran tendencia a hacer la ceto-acidosis. De manera que en el niño los cuidados hay que extremarlos. El niño está en crecimiento y hace mucho más ejercicio que cualquiera de nosotros, por lo que es mucho más difícil el controlarlos; ya que si les damos una dosis de insulina, ellos hacen el ejercicio que quieran, y pueden hacer una reacción hipoglicémica. Incluso, los cuidados espirituales, tienen que ser un poco más delicados. Esta es una enfermedad que en muchas ocasiones los incapacita, bien sea para los juegos que son propios del niño o bien para sus estudios.

ALICIA EVANS

Investigadora norteamericana que descubrió que los microbios de Bang y Bruce eran el mismo. Por no ser médica diplomada, durante muchos años sus investigaciones no fueron tomadas en cuenta en su país. Por fin, ella misma enfermó de fiebre de Malta a raíz de sus trabajos con estos bacilos y lo mismo ocurrió con algunos ayudantes de su laboratorio. En diversos congresos médicos y veterinarios se debatió arduamente la cuestión hasta que la razón fué dada a la investigadora americana, y el imperioso deber de pasteurizar la leche, se transformó en una resolución con fuerza de ley.

(Médicos Célebres)

EMPEDOCLES

Médico, filósofo, fisiólogo, físico, psicólogo, metafísico, teólogo y poeta. Nació en Agrigento, Sicilia, Grecia, en el año 504 antes de la Era Cristiana. Actuó antes del hipocratismo y fué contemporáneo de Anaxágoras. Ejerció gran influencia sobre las gentes de su tiempo, que creían ver en él a un taumaturgo y a un profeta, asombrados ante sus conocimientos vastísimos para esa época. La fisiología de Empédocles se ha señalado como un remoto antecedente de las teorías de Darwin sobre la evolución, pues en ella presenta ya con claridad este problema, exponiendo un origen causal de los organismos, tanto vegetales como animales, incluso el cuerpo del hombre. Su física hace pensar en una rudimentaria teoría atómica del mundo. Considera que la materia se compone de pequeñas partículas capaces de atraerse, de atravesar los cuerpos y de adoptar posiciones diferentes. Descubrió que la luz solar no se propaga hasta nosotros instantáneamente.

(Médicos Célebres)