

Discusión

Doctor Otero. — Hay varias preguntas en la mesa para el doctor De Nogales, la primera dice:

¿Cuál fué la diferencia encontrada en cuanto a adaptación se refiere entre los pacientes recibiendo Insulina y pacientes con Hipoglicemiantes orales?

Doctor De Nogales. — Contesto al doctor Otero aclarando que la forma como estábamos aportando la Insulina requería que el paciente fuera a recibirla al hospital, lo cual disminuye su tiempo libre y con ello su rendimiento laboral. Esto hace que el enfermo que está recibiendo Insulina está más traumatizado por la enfermedad que el que recibe hipoglicemiantes orales por causas, en éste aspecto, no inherentes a la enfermedad sino a la forma de prestar la asistencia. Como he dicho antes creo que este estado de cosas debe ser superado.

Hay otra dimensión posible en la respuesta al doctor Otero. Si el paciente se siente tratado no en una línea estrictamente científico-técnica, sino como persona que ha sufrido una incidencia perturbadora en su destino y hacemos que se sienta comprendido y ayudado en una línea humana, entonces, si logramos ésto, estamos disminuyendo la gravedad del impacto psíquico determinado por cronicismo diabético y nos estamos granjeando su colaboración. Muchas veces es difícil hacer cumplir la Dieta a enfermos en tratamiento con Sulfanilureas que suelen considerarse menos amenazados que los Insulino dependientes. Si el rapport afectivo se establece sólidamente y no hay obstáculos de tipo económico etc., estos enfermos aceptan la dietética.

Doctor Otero. — Hay otra pregunta doctor De Nogales, que dice:

¿Consideraría usted conveniente modificar ese interrogatorio en forma tal, que los pacientes pudiesen responder sí o nó, a cada una de las preguntas?

Doctor De Nogales. — Yo creo que esto equivaldría a ganar en la dimensión estadística y a perder mucho en la dimensión personalista. Es decir nos sería mucho más fácil obtener números, tabularlos, hacer gráficas etc., pero estoy convencido que para presentar nuestros resultados en una línea lógico matemática desde luego más clara en muchos aspectos habríamos tenido que hacer el sacrificio de deshumanizar los datos. En realidad en nuestros planteamientos, lo reconocemos hay una tensión entre la Medicina que aplica el método científico natural en la que deseamos apoyarnos en la busca del rigor científico y la Medicina de la persona que coincide mucho más con el aspecto más profundo de nuestra vocación médica. Todos ustedes saben que la cultura de nuestra época se desgarran entre lo cuantificable y lo no cuantificable. Considero muy atinada la pregunta pero no me inclino por una mayor simplificación de los cuestionarios. Y aprovecho la ocasión para reiterar ante ustedes que en las Diapositivas hay una reducción esquemática y a veces caricaturesca de lo que verdaderamente constituye la esencia de lo que hacemos y lo que queremos hacer.

Doctor Otero. — Hay otra pregunta relacionada doctor De Nogales que dice: ¿Los pacientes con ligeras Hiperglicemias, podrían ser observados con Placibos?

Doctor De Nogales. — La pregunta es muy acertada y puede contestarse en forma afirmativa al menos en muchos casos. Me refiero a aquellos en los que Hipoglicemiantes fueron utilizados para dar tiempo a un rapport fundante de la relación Médico-Enfermo y con ello el cumplimiento de Dieta etc. Vale la pena simplemente decir que el aquilatamiento de la enfermedad y el conocimiento del enfermo se produjeron coetáneamente y que durante esa fase de tiempo preferimos el empleo de los antidiabéticos orales.

Doctor Otero. — Y por último una pregunta sorpresa para el doctor De Nogales que dice:

¿Puedo hacerle verbalmente una pregunta de un minuto de duración? Dr. Sánchez Medina.

Doctor Sánchez Medina. — Primero para felicitar al doctor De Nogales por que esto es extraordinario. Es la primera vez que en Colombia nos atrevemos a hacer un planteamiento de esa clase.

Yo lo felicito y como Director de la Asociación Colombiana de Diabetes lo invito y le ofrezco la cooperación de un número inmenso de pacientes que nos pueden dar un trabajo a escala nacional. No limitado al Hospital de San Juan de Dios donde llegan enfermos paupérrimos. Resulta que esos enfermos comen frijoles, arepa, yuca, papa. La carne, el huevo y el queso los alimentos de lujo son de difícilísima consecución. ¿Cuál es el problema en que está la Asociación de Diabetes? El problema económico, usted lo ha planteado magníficamente.

La asociación de esos dos parámetros, el estudio unificado de este problema es el que será fructífero y yo, personalmente me siento sumamente complacido al oír de su boca este magnífico trabajo.

Doctor De Nogales. Quiero agradecer profundamente la generosidad de las palabras del doctor Sánchez Medina. Pero no sería justo ni me quedaría contento si me limitara a esto. Quiero manifestar que desde el principio de nuestro trabajo existía en nuestro espíritu una actitud de homenaje ante el ejemplo que él ha dado y la magnífica acción pionera que él y sus colaboradores han llevado a cabo.

La intercolaboración que nos ofrece, y que nos complacemos en decir que aceptamos con entusiasmo, nos parece preciosa en la línea de contrastar grupos de diabéticos de niveles económico-sociales distintos.

Me satisface y me gratifica la acogida que ha tenido esta aportación de la Unidad de Diabetología del Centro de Investigaciones de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. Me congratulo que como médico dialoguemos todos y comulguemos en la preocupación por los factores económico-sociales que gravitan sobre los enfermos.

Lo he dicho otras veces y en otros ámbitos y siempre con énfasis como lo repito aquí: el Médico es en cierto modo ya, y está llamado a serlo cada vez más el fiscal de la cultura y de la sociedad en cuanto que tiene que requerir para el

hombre enfermo un mundo a su medida sin resignarse pasivamente a que tenga que adaptarse a algo que está previamente deshumanizado.

Yo creo que el diálogo, la comprensión y la unión de todos en esta lucha además de ser beneficiosa para los pacientes va a dar más plenitud y más sentido a nuestra misión profesional. Por ello me congratulo que el fino espíritu del doctor Mario Sánchez Medina haya captado lo que sinceramente creo es lo mejor de nuestra aportación su intención y sus posibles proyecciones futuras.

Doctor Otero. — Al parecer dentro del trabajo del doctor Reyes Leal ha habido una serie de interrogantes referentes a las causas o mecanismos de Hipertensión que se puede resumir en 4 preguntas.

- a — ¿Hubo alguna causa especial de Hipertensión que tuviera mayor relación con la curva de Tolerancia alterada?
- b — ¿Puede aclararnos si los pacientes Hipertensos estudiados eran esenciales o secundario a Arterioesclerosis, Feocromocitomas, Hiperplasias Supra-Renales, Tumores Endocraneanos, etc.?
- c — ¿No es por exceso de Catecolaminas liberadas en el Hipertenso por lo cual la Glicemia tiende a mantenerse alta?
- d — ¿Podría aclarar qué tipo de pacientes Hipertensos benignos, malignos, inalignos moderados o severos; con o sin tratamiento. Me refiero especialmente a ese tipo de drogas que podrían influenciar la glicemia, Reserpina o la Tiazidas?

Doctor Reyes. — En un trabajo de 10 minutos no se pueden especificar todos los parámetros estudiados. En primer lugar, no creemos que ninguno de esos pacientes tuviera un Feocromocitoma. Sería sorprendente que esto sucediera, si tenemos en cuenta que sobre 440 mil historias clínicas del Hospital de San Juan de Dios se han encontrado 3 casos de tumor cromafin suprarenal. La posibilidad de un Síndrome de Cushing puede enfocarse en la misma forma, y teniendo en consideración de que el cuadro clínico es suficientemente evocador. Es imposible descartar la existencia de estenosis de la arteria renal o de Aldosteronismos en los pacientes presentados.

Ninguno de los pacientes estaba recibiendo drogas susceptibles de modificar el metabolismo de carbohidratos, especialmente Tiazidas.

Doctora Mizrachi. — ¿Entonces eran todos benignos esenciales?

Doctor Reyes — Si no los podemos situar entre las causas de hipertensión conocidas, debemos llamarlo así.

Doctor Otero. — Doctor Reyes, le rogamos detallar más el método epidemiológico escogido. ¿Cómo tomó las muestras al azar?, ¿Es un estudio caso-control? ¿Cuáles eran los promedios de edades entre los dos grupos? ¿Los normotensos se consideraban normales o eran pacientes hospitalizados? ¿Tenían igual dieta?

¿En el momento de la curva de glicemia, se tuvo en cuenta factores de edad, tiempo de evolución, tratamiento previo o estado de control diabético?

Doctor Reyes. — Como he dicho, estamos orientados hacia el estudio del metabolismo de carbohidratos en pacientes hipertensos. Por tal razón el número de

curvas de glicemia practicados en hipertensos diabéticos es muy grande, alrededor de 128. Sin embargo el número de curvas en pacientes diabéticos normotensos es mucho menor. La diferencia en el perfil de la curva fue notada al estudiar tales perfiles en los hipertensos. Nuestra primera impresión fue que tal fenómeno podría estar relacionado con terapia antihipertensiva, y particularmente con Tiazidas. Por lo tanto estudiamos este punto en detalle. Aun cuando el sexo y la edad de los pacientes no figura en el trabajo que leí, tales pacientes pertenecen al mismo grupo citado por el doctor De Nogales en un trabajo previo y por lo tanto un 80% pertenece al sexo femenino y un 73% está comprendido entre 40 y 70 años.

Las curvas escogidas entre los pacientes hipertensos, lo fueron en una forma rudimentaria pero que me parece tener tanto valor como cualquier otro sistema de escogencia al azar. Le solicité a un Residente, quien ignoraba el estudio en curso me dictara 15 de las 128 curvas que teníamos. Sea dicho de paso, al interesarme por este fenómeno estudié las 128 curvas encontrando en la mayoría un perfil con pico a las 2 o 3 horas.

Quisiera que la persona que hizo la pregunta me explicara qué quiere decir con el término estudio caso control.

Doctor Gaitán M. — Yo hice esa pregunta, quiero decir lo siguiente. Un trabajo de este tipo está fundamentalmente condicionado a la forma como se tome una muestra al azar. En un estudio como el que haz hecho, por ser tan pequeña la muestra, no alcanza a cancelar la cantidad de factores que pueden modificar una curva de glicemia. Una de ellas, precisamente de la que ustedes están haciendo el estudio, el hecho de que unos sean normotensos y otros hipertensos.

La hipertensión esencial es una enfermedad que generalmente se ve en individuos maduros o seniles, por lo tanto ese grupo se situará por encima de los 40 años. En cambio el grupo de normotensos puede extenderse de 15 a 80 años.

En cuanto al estudio caso-control, creo que es el tipo ideal ya que se cancela toda clase de factores. Si tienes un normotenso, hombre, de 65 años, y 60 kilos de peso, puedes conseguir un individuo normotenso de características semejantes.

En ningún momento dudo de los resultados, simplemente creo que se debía haber seguido el método de estudio como lo he indicado.

Doctora Mizrachi. — ¿Por qué no pueden ser estos pacientes pre-diabéticos que se están desenmascarando? ¿Por otra parte, no sería interesante saber en cuales de ellos puede haber un elemento genético?

Doctor Reyes. — En cuanto al primer punto se refiere, me parece que el hecho mismo de que tengan una curva diabética no nos permite hablar de prediabetes; entiendo por pre-diabético aquel sujeto con noción familiar de Diabetes en el cual ninguna alteración del trastorno de carbohidratos puede ser puesta en evidencia.

Es claro que el poder determinar cuales de estos pacientes son diabéticos genéticos es el propósito mismo, a largo plazo del estudio, y es la dirección en la cual vamos.

Doctor Cortázar. — Los casos, 2, 11, 14 y 15 del doctor Reyes son normales y no diabéticos, quisiera comentar al respecto. Nosotros usamos el siguiente criterio, 110

miligramos o más por Somogyi-Nelson, a la hora es diabético, 110 miligramos o más a la tercera hora es diabético.

Entonces se cataloga Diabético aquel sujeto que tenga una calificación de 1. Esta calificación se obtiene en la siguiente forma: si el sujeto tiene más de 110 en ayunas, 1 punto (y por lo tanto es Diabético), si a la primera hora tiene 170 o más, medio punto y a la hora 130 o más, medio punto.

Este sistema es el concepto oficial de la American Diabetes Association, y estoy de acuerdo con él. Si este concepto no es válido en nuestro medio, y me gustaría que no lo fuera, me gustaría que comenzáramos una labor conjunta para establecer nuestros propios criterios, pues no los sé.

Doctor Reyes. — En primer lugar me agrada que empieces a hablar de labor conjunta; tu sabes que siempre hemos pensado eso. Nuestros criterios, o mejor dicho los criterios que usamos son los establecidos por Conn y Fajans, ellos consideran como diabética cualquier curva que pase de 100 en ayunas, 160 a la media o una hora, y 120 a las dos horas usando la técnica de Somogyi-Nelson. Por otra parte se llamó probable toda curva en la cual el valor de dos horas esté entre 110 y 120. Sea dicho de paso cuando se lleva a cabo una curva de Hidrocortisona glucosa en los pacientes "probables" el 97 por ciento dan curvas anormales. Volviendo a una de las curvas en discusión veamos los valores; ayunas 72, $\frac{1}{2}$ hora 186, una hora 123, dos horas 112 y tres horas 92. Para nosotros este paciente es diabético. Creemos inclusive que las cifras de Conn son muy altas. Esto viene del estudio de cerca de 500 curvas normales, en las cuales encontramos solamente 3 con valores de ayunas superiores a 90 miligramos, en unas 200 curvas diabéticas, solamente encontramos 8 con valores a las dos horas por debajo de 130. Creo pues que los valores de ayunas y dos horas son los más importantes para considerar, sobretodo el segundo, y que el valor a las tres horas es la resultante de varios componentes fisiológicos y por lo tanto muy difícil de analizar.

Doctor Cortázar. — Muy bien. No sé quien tenga razón, supongo que en las cifras dadas por la American Diabetes Association están considerados los resultados de Conn y Fayans, Clínica Mayo y otros sitios. Pero mi punto es éste. ¿En el futuro qué debemos considerar como curva diabética?

Doctor Otero. — Hay una pregunta del doctor Mario Sánchez para la doctora Beatriz Saravia: ¿Qué valor daría a la prueba enzimática para la investigación de una gran población, para diagnóstico de Diabetes?

Doctora Saravia. — Yo creo que sería muy útil, siendo prudente en la interpretación de los resultados leídos como 90-130.

Doctor Sánchez Medina. — ¿Es decir qué usted diría que es diabética, aquella que tiene 130, 120 o 90? ¿Por qué para nosotros, que tenemos un programa extenso de detección en el Kennedy, sería interesante para poder emplear ese método. Podría usted darnos más detalles?

Doctor Reyes Leal. — Creo que, como técnica de tamizado, screening de poblaciones grandes debemos eliminar los valores en ayunas. Aun cuando no puedo dar una cifra exacta en este momento, creo que más del 50% de las curvas diabéticas tienen un valor de ayunas normal. Debemos pues tratar de igualar una técnica post-prandial por medio de una ingestia de 100 gramos de glucosas y ha-

ciendo una determinación de glucosa a las 2 horas. En cuanto a la técnica en papel para tal determinación, podemos basarnos en los resultados citados. Si la cifra post-prandial es leída menos de 90, podemos decir que es normal. Si es leída más de 130, podemos decir que es diabética. Si es leída entre esos dos valores, es indispensable practicar una curva de glicemia.

Doctor Otero. — Una pregunta para el doctor Gutiérrez Uribe. ¿Cree usted que el método de Folin-Wu, usado en su trabajo merezca más confianza que otros?

Doctor Gutiérrez. — Yo quiero, primero, hacer una aclaración en relación con la pregunta que fue hecha a la doctora Saravia.

Realmente para el estudio de una población, a mi sí me parece que es sumamente útil el Destrostix. Por varias razones, así se adopte el valor en ayunas o el valor post-prandial.

La cosa fundamental y real, es que es mucho más práctica que la hecha en el laboratorio, especialmente cuando se va a hacer en la población y en masas grandes. Claro que es importante la instrucción del técnico que va a hacer la prueba.

Ahora en relación a la pregunta que se me hizo con la técnica de Folin. Yo creo que la técnica de Folin ha perdido mucho en los últimos años, hay técnicas muchos más precisas y se debe eso a que esas técnicas han logrado desechar tipo de azúcar diferentes que entorpecen o elevan las cifras de Glicemia.

De ahí, que en las Curvas que presentamos en el trabajo, las muestras que se hicieron con Destrostix siempre eran muchísimo más bajas; se acercan mucho más al Somogyi que al Folin.

Doctor Manrique. — Es que el Folin-Wu parece que en Glicemia ya no debe usarse, y menos para encuadrar o comparar si el Destrostix sirve. Se han visto casos en los cuales el Folin-Wu mide una cantidad de sustancias reductoras que muchas veces han subido hasta de 70 miligramos la respuesta, como si fueran 70 miligramos más de Glicemia.

Doctor Gutiérrez. — Yo realmente no me aparto de eso, pero tenemos que tener en consideración una cosa que es supremamente importante. Si tenemos en cuenta los sitios hoy por hoy, del país, donde se hace la técnica Somgyi, es mucho mayor el número de sitios, de laboratorios, donde se hace el Folin que aquellos donde se hace el Somogyi.

Eso no quiere decir que, la técnica de Somogyi no sea más precisa. Pero si quiere decir una cosa muy importante; que no han evolucionado los laboratorios y eso no es culpa nuestra. Ahora, así fué como se presentó ese trabajo del doctor Reyes y la doctora Saravia que es supremamente interesante y que nos viene precisamente al caso porque lo complementa mostrando las diferencias tan marcadas que hay en Destrostix Somogyi y Destrostix Folin.

Doctor Otero. — Hay otra solicitud, más que pregunta, que dice:

¿Quisiera comentar en relación de la Glicemia en Ayunas y Post-Prandial para estudios epidemiológicos a nivel de comunidad?

Doctor Gaitán. — Nosotros tratamos de hacer estudios de prevalencia de Diabetes a nivel de comunidad en el barrio Guamal en Cali, y en realidad hay que tener en cuenta 2 factores del tipo de muestra que se toma.

No hay duda de que las Post-Pradial detecta más o mayor número de diabéticos; pero la Post-Pradial tiene el gran defecto, si se hace en laboratorio o por fuera, a nivel de comunidad, de que la dispersión de datos es supremamente grande. A nivel de comunidad es muy difícil igualar una comida de prueba o estimulante de Glucosa y envolvería una gran cantidad de trabajo al ir a repartir por ejemplo 50 gramos, que los tome toda la familia y volverla, el grupo, a sangrar a las 2 horas.

En cambio la Glicemia en ayunas aunque no detecta tanto número de diabéticos como la otra, sí tiene la ventaja, de que la dispersión de datos es mínima. A eso se debe el puntaje que el doctor Cortázar mencionaba. Con la Glicemia en ayunas, es pues mucho menor la dispersión standard que con la Post-Pradial.

Hay una serie de cosas que se podrían hacer en realidad, pues la prevalencia de la Diabetes no es muy elevada; estudiar familias más intensamente donde se encuentra una Diabetes, en ayunas. Yo creo que envuelve mucho menos trabajo, ir directamente en ayunas, a la casa cuando todavía la gente no se ha salido a trabajar; tomar las muestras, hacer estudios, y, concentrar luego, el trabajo más detallado en familias donde se encuentran pacientes diabéticos. Es muy difícil encontrar una comunidad nuestra, en la cual a las 9 de la mañana esté toda la familia reunida. La dispersión de datos, haciéndolo por control escrito en cifras como el doctor Reyes mostró de 60 a 90 con 2 desviaciones standard puede que suba a 100, las 2 horas Post-Pradial con valores que se sitúan entre 110 y 130 suba por lo menos a 200.

Doctor Sánchez Medina. — Yo creo, y esta reunión es de tipo constructivo, que hay 2 puntos fundamentales y en esto estoy totalmente de acuerdo con el doctor Gaitán.

La dispersión de datos es fabulosa, tremenda, el test de Control de calidad debe efectuarse. 2 desviaciones standard hacia arriba nos ha dado a nosotros casos de Diabéticos que no eran Diabéticos. Por una alteración de la técnica o una alteración de la misma persona que haga la técnica.

Un test de Control de calidad doble ciego nos garantiza esa posibilidad.

En segundo lugar: el problema de la administración de Glucosa sea embotellada, sea administrada, eso es tremendo. Una población de más de 50.000 individuos que estamos nosotros encuestando en ciudad Kennedy nos demanda un costo espantoso.

Entonces yo recomendaría que se nombrara una comisión integrada por unos 2 de ustedes para que al final del Congreso, hicieran una recomendación sobre lo que vamos hacer; ellos en Guamal y nosotros en Ciudad Kennedy.

Doctor Otero. — Yo creo que como enseñanza práctica de lo que se ha discutido esta mañana, el problema se debe resolver en 2 aspectos: uno fundamentalmente social y asistencial, y el otro fundamental técnico; y que los 2 se deben reunir y justamente ese es el propósito de Asociaciones como la Asociación Colombiana de Diabetes o, de otras asociaciones en torno a investigaciones hospitalarias; pero todo este esfuerzo social y asistencial se debe reunir y poner al lado del esfuerzo técnico, si tratamos de hacer un tamizamiento, un screening de la Dia-

betes en nuestro medio. Y yo creo realmente que una comisión importante puede salir de esta reunión, una Comisión análoga a la que se tiene también, con el doctor Gaitán, de estudio del bocio.

Un comité que haga las recomendaciones generales sobre este tipo de estudio.

Yo, me propondría sugerir simplemente a los ponentes de hoy: o sea el doctor Reyes, el doctor Sánchez Medina, y el doctor Gaitán.

Aquí hay otra pregunta y que tal vez sería para el doctor Ahumada y dice: ¿La Hiperactividad de algunos diabéticos, tiene relación con el trastorno metabólico independiente del Hipertiroidismo?

La pregunta pasa al doctor De Nogales.

Doctor De Nogales. — Es una pregunta que tiene presupuestos que no coinciden con nuestra experiencia.

La hiperactividad es más fácil encontrarla en el hipertiroideo que en el diabético. Tanto en uno, como en otro puede proceder de motivaciones psicológicas que nada tienen que ver con la situación metabólica. Aunque la conexión psicomática si hemos de hablar en ese lenguaje, sea más estricta a este nivel en el hipertiroideo que en el diabético. Yo me doy cuenta, que mi respuesta también es un poco confusa pero es que no puedo precisar más a no ser que se me perfilase mejor la pregunta.