

EVOLUCIÓ EN EL CRITERI DE LA UTILITZACIÓ DE LA INSULINA

GONÇAL LLOVERAS I VALLÈS

Sots-director del Servei d'Endocrinologia de l'Hospital de la Santa Creu
i Sant Pau, de Barcelona.

I. El sentit de la meva presència aquí, ara, pot ésser el de retre homenatge al Dr. Carrasco en nom d'una generació que ja fa 20 anys que prescriu insulina, però que va arribar a la professió quan l'homenatjat ja constituïa un record. Per als malalts que l'havien conegut, un record de gratitud; per als metges que l'havien tractat, una admiració. És per a mi impressionant que aquí, ara, sigui una presència personal.

II. El criteri de la utilització de la insulina pot ésser donat des de la doctrina o des de l'empirisme. El primer camí ens portaria lluny i qui sap si enlloc. L'etiopatogènia de la diabetis és cada dia més discutida. D'un concepte de simple endocrinopatia s'ha passat a un concepte de malaltia primària del metabolisme. La genètica hi té molt a dir. No crec que el sentit d'aquesta breu i modesta intervenció sigui motiu de parlar-ne.

Per contra, des del punt de vista empíric sí que podem dibuixar un criteri i una evolució en aquest criteri. Assenyalarem, en esquema, les fases d'aquesta evolució.

a) Quan vam acabar la carrera, la idea dominant era que la insulina havia d'ésser administrada sempre que la hiperglucèmia (conseqüència directa de la insuficiència pancreàtica) no era reductible mitjançant el règim dietètic.

b) Al costat del Dr. Vilaclara, a l'hospital de la Santa Creu i Sant Pau, vaig aprendre de distingir entre diversos tipus de diabètics. Fonamentalment entre dos: els que iniciaven la malaltia de joves i tenien tendència a la cetoacidosi i els que iniciaven la diabetis de grans o en els inicis de l'ancianitat.

Els primers necessitaven la insulina des del principi, cada dia i per sempre. Els del segon grup no la necessitaven més que en casos o moments d'excepció, i habitualment els resultava contraproduent.

c) L'aparició dels hipoglucemians orals confirmà aquesta divisió terapèutica, de manera que la «mala premsa» que sofria la insulina repercutí notablement en el terreny pràctic. El diabètic no juvenil, que no tenia franca tendència a la cetoacidosi, era deslliurat (més o menys sistemàticament segons les escoles i els grups de treball) de la punxada d'insulina.

d) Però heus aquí que el mateix empirisme i la imprescindible reflexió sobre els fets de cada dia han portat a una revaloració de la insulina. El criteri de la seva administració ha estat modificat, ha estat enriquit amb matisos molt importants que, de passada —repeteix—, comporten noves hipòtesis de treball en la investigació de l'etiopatogènia de la malaltia diabètica. La vasculopatia, per exemple, costa d'entendre com a simple conseqüència de la descompensació clínicament objectivable.

¿Quins són els paràmetres que avui tenim en compte per decidir la prescripció insulínica? Ens limitarem a enunciar-los per tal d'evitar l'allargament d'aquesta intervenció més simbòlica que no pas exhaustiva.

— L'edat. Certament, continua essent un paràmetre gairebé decisiu el moment d'aparició de la malaltia, sobretot si això es produeix abans dels 25 anys. En la diabetis infantil la prescripció d'insulina és paradigmàtica.

— La hiperglucèmia irreductible amb un règim hipocalòric i hipoglucemians orals, sempre que aquesta hiperglucèmia provoqui una glucosúria deshidratant i antieconòmica des del punt de vista de l'equilibri energètic de l'organisme. El diabètic passa per una fase lipolítica que mentre redueix la seva obesitat és de bona significació, però aquesta significació esdevé negativa quan entra en la fase de catabolisme proteic. (Insistirem sobre aquesta qüestió.)

— L'acetonúria, com a signe de tendència cap a la cetoacidosi, aspecte de la descompensació diabètica que els antidiabètics orals no corregeixen i que el règim hipocalòric i pobre en hidrats de carboni accentua. No cal dir que una acetonúria eventual i no progressiva té poca significació en aquest sentit.

— Intercurrencies d'altres malalties: infeccions, encara que siguin lleus; traumatismes; intervencions quirúrgiques; hiperemotivitat extrema o persistent.

— Volem subratllar especialment, en aquest últim paràmetre, la desnutrició progressiva. Abans esmentàvem l'efecte benefactor d'una lipòlisi que redueix el sobrepès del diabètic. Però cal distingir entre l'a-

primament voluntari i consecutiu a l'acció del règim hipocalòric i aquell altre aprimament que depèn directament de la malaltia, que no és voluntari i que resulta compatible amb transgressions dietètiques, i va lligat a la intensa i ja antieconòmica glucosúria. Per aquest camí el diabètic arriba a una fase de catabolisme proteic notable. El seu metabolisme energètic se salva no tan sols per la lipòlisi, sinó també o fins i tot de manera fonamental pel seu catabolisme proteic. En aquesta fase, la insulina, pel fet de la seva capacitat anabolitzant, es converteix en insubstituïble, encara que no hi hagi cetoacidosi. Un diabètic que fou obès, que inicià la seva malaltia ja gran, que no presenta acetonúria habitualment, pot necessitar insulina i un cert augment de la reacció calòrica.

D'aquesta manera el prestigi de la insulina retorna fins a ésser prescrita a persones que potser havien après de nosaltres mateixos a no demanar-la o a tenir-li una prevenció justificada.