

AÑO 5 N° 24



DIABETES

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA SEMERGEN

Por sólo
2,50€
2,65€ en Canarias



SIGUENOS EN
www.spdiabetes.es

OBESIDAD INFANTIL

EXCESO DE PROTEÍNAS
Y REBOTE
ADIPOSO PRECOZ

DISFUNCIÓN ERÉCTIL

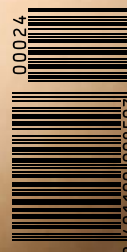
*Una
complicación
habitual*

HIPOGLUCEMIA

EL GRAN MIEDO
DE LA DIABETES

*El daño renal
se puede frenar*

MAGNESIO, ¿ES ÚTIL PARA PREVENIR LOS EVENTOS
CARDIOVASCULARES Y LA DIABETES TIPO 2?



00024

8 401100 008507



DIABETES

AÑO 5 Nº 24. Febrero 2019

Directora Médica
Dra. Celia Cols

Comité Editorial
Dr. José Mancera Romero y Dra. María Paz Pérez Unanua

Directora Editorial
Sonsolos García Garrido
sonsolos@grupoicm.es

Director de Arte
Santiago Plana Giné
santiago@grupoicm.es

Redacción
María S. García
diabetes@grupoicm.es

Maquetación
Ángeles García Vázquez
angeles@grupoicm.es

Secretaria de Redacción
Iryna Shcherbyna
iryna@grupoicm.es

Publicidad
Carmen Paramio
carmenp@grupoicm.es
Telf.: 699 486 576

Colaboran en este número
Dr. Manuel Ruiz, Dra. M^a Paz Pérez Unanua y Muntsa Queralt



Edita
Grupo ICM
Avenida de San Luis, 47
28033 Madrid
Tel.: 91 766 99 34
Fax: 91 766 32 65

E-mail: diabetes@grupoicm.es
www.grupoicm.es

Director General
Ángel Salmador Martín
salmador@grupoicm.es

Director Comercial y Producción
Juan Carlos Collado
publicidad@grupoicm.es

Administración
África Hernández Sánchez
africa@grupoicm.es

Impreso en España
Depósito legal: M-18872-2015
ISSN: 2444-3611

El Consejo de Redacción de **SALUD PLUS DIABETES** no se hace responsable de las opiniones publicadas por sus colaboradores. Prohibida la difusión total o parcial de los contenidos de esta publicación sin la autorización expresa de la editorial.

DIABETES EDITORIAL

CELIA COLS
Directora médica de SP Diabetes



Cuanta más información, más autonomía

La diabetes es una enfermedad crónica que nos acompañará en el camino del resto de nuestra vida, es por este motivo imprescindible que conozcamos cómo manejarla y qué complicaciones pueden aparecer si “pasamos” de ella.

Seguramente muchos recordareis el día que el médico os dijo que teníais diabetes. Multitud de preguntas vinieron a vuestra cabeza, y los profesionales sanitarios os llenamos de información de cómo mejorar el control de la enfermedad... Pero, ¿alguien os ha explicado realmente cuál es el mecanismo de desarrollo de esta enfermedad? Sabemos que una persona bien informada es más autónoma y más capaz de llevar las riendas de su enfermedad, y por lo tanto un mejor conocimiento del porqué y el cómo se desarrolla la diabetes ayudará a entender el porqué de algunos cambios necesarios en el día a día para conseguir el control óptimo de la diabetes.

Una de las “patas” en el control de la diabetes es el ejercicio y la alimentación. Es necesario realizar cambios en el día a día que no siempre serán fáciles de implementar. Introducir el ejercicio como una rutina más no siempre es fácil, y además es necesario realizar tanto ejercicio aeróbico como muscular. Aprovechar tiempo en casa puede ser beneficioso, por lo que os daremos algunos consejos de cómo realizarlo en casa y cómo podemos montar un “mini” gimnasio en casa con cuatro elementos básicos (una comba, una esterilla, un escalón de step y poco más).

En cuanto a la alimentación, ésta debe ser equilibrada, y el objetivo será no tan solo el

control óptimo de la glucemia y la pérdida de peso en aquellos con sobrepeso u obesidad, sino también la obtención correcta de proteínas, vitaminas y minerales esenciales para el correcto funcionamiento del organismo. Uno de estos minerales esenciales para el organismo es el magnesio y descubriremos sus beneficios durante este número.

Las complicaciones son el gran objetivo a prevenir en las personas con diabetes. Conocemos que existen complicaciones agudas y complicaciones crónicas. La hipoglucemia es una de las complicaciones agudas más temidas por las personas con diabetes. Reconocer cuáles son los síntomas, aquellos aspectos que puedan aumentar el riesgo y cómo prevenirla y cómo actuar frente a su aparición ayudará a disminuir el miedo que se le pueda tener.

Aumentar el conocimiento de la diabetes, incrementará las probabilidades de automanejo de la enfermedad.

En cuanto a las complicaciones crónicas, en este número conoceremos dos de ellas, la disfunción eréctil y la enfermedad renal diabética.

Aumentar el conocimiento de la diabetes incrementará las probabilidades de automanejo de la enfermedad y de responsabilidad en la misma, y por lo tanto mejorará el control tanto a corto plazo como a largo plazo.

ALTERACIONES RENALES

El daño en los riñones se puede frenar

Un nivel elevado de azúcar en la sangre mantenido durante tiempo puede dar lugar a lesiones en los riñones. Es lo que llamamos nefropatía diabética o enfermedad renal crónica atribuida a la diabetes, una complicación frecuente, tanto de la diabetes tipo 1 como de la tipo 2.

SONSOLES G. GARRIDO

Las funciones de nuestros riñones son varias y muy importantes, ya que favorecen la eliminación de tóxicos circulantes por el organismo, mantienen la presión arterial, contribuyen al correcto mantenimiento de la estructura ósea, evitando la osteoporosis, y también ayudan a la correcta producción de glóbulos rojos, evitando la anemia.

ALTA PREVALENCIA

Entre el 30 y el 40 por ciento de las personas con diabetes desarrollan daño renal y esta es la causa más frecuente de insuficiencia renal terminal en los países industrializados, entre ellos España. El desarrollo de alteraciones renales en las personas con diabetes resulta de la combinación de varios factores: de tipo ge-

nético, el estilo de vida, el control de la glucosa, la cifras de tensión arterial, la edad, el tiempo de evolución de la diabetes o el peso, entre otros que, a través de mecanismos todavía no bien conocidos, llevan al daño renal. Es, por tanto, muy importante controlar estos factores y detectar cuanto antes las alteraciones renales de la diabetes para así poder tratar y evitar la progresión de dichas alteraciones.

ALBUMINURIA, EL PRIMER INDICADOR

Las enfermedades renales agudas suelen presentar síntomas como cara hinchada, elevación de tensión arterial, sangre en la orina y fatiga. Sin embargo, las alteraciones renales crónicas, como las que produce la

diabetes a lo largo de los años en el riñón, no presentan síntomas y suelen pasar inadvertidas, salvo que las busquemos.

La enfermedad renal diabética tarda años en desarrollarse. En algunas personas con diabetes, con el paso de los años, pequeñas cantidades de una proteína de la sangre, la albúmina, empieza a pasar a la orina. Esta primera afectación renal se denomina albuminuria. Durante un primer periodo las funciones del riñón generalmente permanecen normales, pero a medida que la enfermedad va progresando, pasa más albúmina a la orina.

Esta etapa inicial se conoce como microalbuminuria o proteinuria y es el indicador clínico más temprano. Es muy importante su detección,

Para detectar y poder prevenir las alteraciones renales se recomienda realizar una evaluación anual de la excreción de albúmina en la orina a todas las personas con diabetes tipo 2 y a aquellas que lleven con diabetes tipo 1 cinco años o más.



ya que, como decimos, en las etapas iniciales del trastorno renal, la persona con diabetes no tiene síntomas. Se dice que la enfermedad renal está presente cuando la orina contiene más de 30 miligramos de albúmina por gramo de creatinina, con o sin disminución de la capacidad de filtrado glomerular renal.

Para detectar y poder prevenir las alteraciones renales se recomienda realizar una evaluación anual de la excreción de albúmina en la orina a todas las personas con diabetes tipo 2 y a aquellas personas que lleven con diabetes tipo 1 cinco años o más.

Es el médico quien determina en qué etapa se encuentra la insuficiencia renal, en función de la presencia de daño renal y del grado de filtración glomerular renal, es decir, la medición de la capacidad de fun-

cionamiento renal. Esto se determina mediante:

► La estimación del filtrado glomerular renal en muestra simple de sangre mediante fórmulas basadas en la concentración de creatinina sérica.

► Mediante la determinación del cociente albúmina/creatinina en muestra simple de orina. El aumento moderado de la albuminuria se define como los valores persistentes de albúmina en la orina entre 30 y 300 mg/día, y si los valores están por encima de 300 mg/día, hablamos de un aumento grave de la albuminuria.

La albuminuria no sólo es importante por ser el hallazgo clínico más temprano de la enfermedad renal, sino que también es considerado un marcador de enfermedad cardiovascular. Ambas determinacio-

nes, el filtrado glomerular renal y el grado de eliminación de albúmina por la orina, son imprescindibles y complementarias para clasificar el estadio de la enfermedad renal y el riesgo de progresión del daño renal. Según va transcurriendo el tiempo y, mientras aumenta la cantidad de albúmina en la orina, se suelen deteriorar las funciones de filtración de los riñones y, algunas sustancias como la urea y la creatinina se elevan en sangre por falta de eliminación en la orina. Y mientras progresa el daño renal, normalmente también aumenta la presión arterial. Esta hipertensión a su vez causa un empeoramiento de la función renal, de tal manera que tanto diabetes como hipertensión se suman en su acción sobre los riñones.

En las personas que desarrollan la enfermedad renal, el daño rara vez



ocurre durante los 10 primeros años de padecer diabetes, normalmente pasan entre 25 y 25 años antes de que se presente la insuficiencia renal. Las personas que han padecido diabetes durante 25 años y no han presentado ningún signo de insuficiencia renal, corren menos riesgo de padecerla.

TRATAMIENTO DE LA ALTERACIÓN RENAL

Existen diferentes fases de evolución de la enfermedad y en función de la etapa en la que se encuentre el paciente, se determina el tratamiento más adecuado. Lo que hay que tener claro es que lo importante no es solo evitar el daño renal, sino que se desarrolle y evolucione rápidamente. Por eso, se recomienda iniciar un tratamiento en las primeras etapas, y para ello el médico tomará la tensión arterial en cada visita e intentará que la persona tenga unos niveles de tensión arterial sistólica de menos de 130mmhg y de diastólica menor de 80mmhg. Además, determinará los niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c) para conocer los niveles medios de glucosa, así como niveles de colesterol y triglicéridos. También estará pendiente del índice de masa corporal (IMC) que debe ser menor de 30, y de que se siguen hábitos saludables. Otra cuestión que el médico también valorará es la orina con el fin de



descartar la infección urinaria que puede dañar el riñón, especialmente en aquellas personas con diabetes de larga evolución.

En el caso de los hombres mayores de 60 años diagnosticados recientemente de insuficiencia renal crónica se les debe descartar mediante ecografía la presencia de patología obstructiva de la vía urinaria, por el riesgo de sufrir alteraciones de la próstata.

OJO CON EL COLESTEROL

Además de los problemas de hipertensión, las alteraciones renales elevan los niveles de lípidos en la sangre (colesterol y triglicéridos). Los niveles altos de estos lípidos en la sangre contribuyen a obstruir los vasos sanguíneos. Por tanto, el tratamiento de la alteración renal incluye el control de los niveles de colesterol y triglicéridos pudiendo precisar de fármacos hipolipemiantes. Es muy importante, como hemos visto, controlar la eliminación de albúmina por el riñón; para ello existen fármacos que, además de controlar la tensión arterial, también disminuyen la eliminación de albúmina por el riñón.

DIETA BAJA EN PROTEÍNAS

Las personas con diabetes y enfermedad renal, además de controlar los hidratos de carbono y la correcta utilización de las grasas, deben consumir una dieta con las cantidades

Además de los problemas de hipertensión, las alteraciones renales elevan los niveles de lípidos en la sangre (colesterol y triglicéridos). Por eso, es necesario que la alimentación sea baja en grasas, pero también en proteínas y sodio.



MEDIDAS PARA PREVENIR O RETRASAR LA EVOLUCIÓN DE LA INSUFICIENCIA RENAL DERIVADA DE LA DIABETES

- ▶ Controlar los niveles de glucosa en sangre, los niveles de la hemoglobina glicosilada HbA1c deben estar lo más cercanos a la normalidad posible.
- ▶ Controlar la presión arterial por debajo de 130/80 mmhg.
- ▶ Controlar los nivel de colesterol total, colesterol LDL y colesterol HDL, según sexo y factores de riesgo.
- ▶ Mantener buenos hábitos: control del índice de masa corporal, eliminar el tabaco, realizar ejercicio diario moderado (el ejercicio intenso favorece la proteinuria). Dieta individualizada según la función renal, evitar dietas hiperprotéicas, salvo indicación médica bajo control y la sal.
- ▶ Determinar el filtrado glomerular renal al menos una vez al año, para ver cómo funcionan los riñones.
- ▶ Controlar las posibles causas de alteración renal como infecciones de orina y/o uropatía obstructiva.

recomendadas de proteína, evitando dietas altas en proteína (hiperprotéicas). Las personas con una función renal muy deteriorada pueden ayudar a controlar la insuficiencia renal consumiendo una dieta con

cantidades reducidas de proteína, pero con un control estricto del médico para evitar la desnutrición proteica, especialmente en personas de edad avanzada que tienen diabetes tipo 2.

SI LA ENFERMEDAD RENAL AVANZA

Cuando se ha desarrollado la enfermedad renal el seguimiento se lleva a cabo en una consulta de Nefrología, y más específicamente en una consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA), tiempo antes de iniciar el tratamiento renal sustitutivo.

En dicha consulta se orienta sobre la dieta, los hábitos de vida y la adherencia al tratamiento. También se tratan las alteraciones propias de la enfermedad renal tales como la anemia, o los trastornos del metabolismo de los huesos, entre otros. Un aspecto fundamental de la consulta de ERCA, es que con tiempo sufi-





ciente se da información sobre las modalidades de tratamiento renal sustitutivo, para que el paciente y su familia elijan la técnica que mejor se adapta a sus preferencias y modo de vida. Estas son el trasplante renal y la diálisis con sus dos variantes, la diálisis peritoneal y la hemodiálisis.

► **El trasplante renal** es, sin duda, el tratamiento de elección en casos de insuficiencia renal avanzada, cuando es posible. El trasplante de un riñón de un donante vivo ofrece indudables ventajas; el órgano que se va a trasplantar es el idóneo, ya que el donante ha sido estudiado meticulosamente. Por otro lado, el procedimiento quirúrgico programado, evita todo sufrimiento del órgano

a trasplantar con lo que se mejoran los resultados. Con un riesgo relativamente bajo para el donante se evita la diálisis con el consiguiente impacto positivo que ello conlleva tanto en términos de morbilidad y complicaciones, como desde el punto de vista de la adaptación psicológica a la enfermedad, las relaciones familiares y sociales, las oportunidades laborales o de formación e incluso el coste económico. Por estas razones, antes del inicio de la diálisis, se debe explorar la posibilidad del trasplante renal anticipado de donante vivo.

► **Diálisis.** Es el proceso por el cual se produce un filtrado artificial de la sangre sustituyendo algunas de las

funciones del riñón. De esta forma conseguimos eliminar las sustancias tóxicas acumuladas en la sangre y el exceso de líquido cuando los riñones ya no pueden hacerlo. Pero existen dos tipos de diálisis: la hemodiálisis y la diálisis peritoneal.

• **Diálisis peritoneal.** Para este tipo de diálisis la membrana que se utiliza como filtro es natural y se denomina peritoneo. Esta membrana se encuentra recubriendo todas las vísceras y paredes del abdomen y forma la cavidad peritoneal. Para realizar la diálisis peritoneal, necesitamos implantar en el abdomen catéter. Se coloca por debajo del ombligo mediante una intervención de cirugía menor con anestesia

El trasplante renal es, sin duda, el tratamiento de elección en casos de insuficiencia renal avanzada, cuando es posible. El trasplante de un riñón de un donante vivo ofrece indudables ventajas tanto físicas como psicológicas.

local, y se mantiene mientras dure la técnica.

A través de este catéter se introduce el líquido de diálisis en la cavidad peritoneal. Este líquido se mantiene en el abdomen durante varias horas (permanencia). Una vez que ha pasado este tiempo el líquido de diálisis se extrae (drenaje) y se reemplaza por una solución de diálisis nueva (infusión). Este proceso, que dura unos 20 minutos, se denomina intercambio y se realiza tres o cuatro veces al día. Con esta técnica se consigue la eliminación de sustancias tóxicas y del líquido retenido en exceso en el organismo que pasan al líquido de diálisis a través de la membrana peritoneal durante el tiempo de permanencia. La diálisis peritoneal se realiza en el domicilio del paciente, y periódicamente se hacen las revisiones médicas. También puede hacerse solo por la noche, mientras el paciente duerme con la ayuda de una máquina automática o cicladora.

• **Hemodiálisis.** Esta técnica se realiza mediante un circuito extracorpóreo a través del cual la sangre del paciente pasa por un filtro que tiene una membrana artificial especial para poder eliminar las toxinas junto con el exceso de líquido. La sangre, una vez limpia es devuelta al paciente. Este proceso se realiza mediante la máquina de hemodiálisis. Para poder realizar la hemodiálisis necesitamos tener un acceso a la sangre (acceso vascular) para que pueda pasar en la cantidad necesaria por el filtro de la máquina de diálisis. Las venas normales no son suficientes, por eso el acceso vascular ideal es la fístula arteriovenosa que consiste en la conexión



de una arteria y una vena mediante una pequeña operación que se realiza en la muñeca, codo o brazo, con anestesia local y que va a permitir que se desarrollen las venas del brazo para poder puncionarlas sin dificultad.

La hemodiálisis se realiza habitualmente en centros sanitarios, y es llevada a cabo por un equipo asistencial que atiende al paciente en todo momento. También se puede realizar en el domicilio del paciente.

En este caso el paciente o un familiar deben pasar por un periodo de entrenamiento para poder realizar la técnica con seguridad.

Las sesiones de hemodiálisis tienen una frecuencia y duración variable en función de las necesidades de cada paciente. En el centro sanitario habitualmente es de cuatro horas por sesión y tres sesiones a la semana, y en el domicilio se suelen emplear pautas de 2-2,5 horas 5 o 6 días a la semana.



SUSCRÍBETE

CONSULTAR
PRECIOS ESPECIALES
PARA ASOCIACIONES
DE PACIENTES

6 NÚMEROS
AL AÑO
POR
SOLO 12€



SI QUIERES RECIBIR EN TU
DOMICILIO LA REVISTA SPDIABETES

TEL: 91 766 99 34

MAIL: suscripciones@grupoicm.es



Mándanos un whatsapp
673 44 28 34

O RELLENA ESTE CUPÓN Y ENVÍALO A SP DIABETES (Grupo ICM) Avda. San Luis, 47. 28033 Madrid.

Nombre: _____ Apellidos: _____

Dirección postal: _____ Portal: _____ Piso: _____ Escalera: _____

Código postal: _____ Población: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Móvil: _____ E-mail: _____

Forma de pago:

- ▷ Transferencia bancaria a nombre de Grupo ICM de Comunicación: 0049 / 4666 / 06 / 2516248964
- ▷ Tarjeta VISA

A efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, Grupo ICM Comunicación le informa de que sus datos personales van a ser incorporados a un fichero del que es responsable esta entidad, para la gestión de las suscripciones a la revista.

Le recordamos que dispone de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de sus datos, que podrá ejercer en el domicilio social de Grupo ICM Comunicación sito en la Avda. San Luis, 47, 28033 Madrid, incluyendo copia de su Documento Nacional de Identidad o documento identificativo equivalente, indicando la referencia "Protección de datos".