

XXXIII Congreso de la SED 2022 en Las Palmas de Gran Canaria

Noelia Sanz Vela

Enfermera educadora en diabetes, Hospital de la Zarzuela, Madrid

RESUMEN

El pasado 27 de abril dio comienzo el XXXIII Congreso de la SED 2022 en Las Palmas de Gran Canaria, en modalidad presencial. Durante tres días de congreso se presentaron 40 sesiones, incluidas actividades precongreso, conferencias plenarios, mesas redondas, encuentros con expertos y actividades por parte de la industria. Entre los temas más destacados se presentaron mesas con las últimas novedades tecnológicas, sobre alimentación, ejercicio, habilidades de comunicación, riesgo cardiovascular, tratamiento en la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), e insuficiencia cardiaca en diabetes.

Palabras clave: dieta vegana/vegetariana, dieta baja en hidratos de carbono, ejercicio físico, estilo de vida saludable, estigmatización del lenguaje.

Keywords: vegan/vegetarian diet, low carbohydrate diet, physical exercise, healthy lifestyle, language stigmatization.

INTRODUCCIÓN

El acto inaugural fue moderado por el Dr. Lluís Serra Majen con otros expertos de la base terapéutica en diabetes mellitus (DM); repasaron el primer escalón en el tratamiento de las personas con DM e incidieron sobre la manera de mejorar su calidad de vida, resaltando la necesidad de cultivar estilos de vida saludables y manejar estrategias en el vínculo profesional-paciente, con la finalidad de mejorar la adherencia al tratamiento y conseguir la capacitación de la persona con diabetes.

A continuación, desarrollo los puntos más destacados del primer escalón terapéutico.

LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN Y EL LENGUAJE EN DIABETES: ESTRATEGIAS

El punto de partida de esta sesión nos invita a reflexionar acerca de la *incompetencia consciente*. Este concepto se refiere al análisis de aquellas acciones que creemos estar realizando de manera correcta, pero realmente son erróneas.

Los ponentes realizaron un recorrido desde el origen de la teoría del lenguaje, donde encontramos a Sapir, Whorf y otros antropólogos y lingüistas que afirmaron que las palabras tienen un significado, pero, dependiendo de cómo las empleemos, los demás las percibirán de una manera u otra. Las palabras tienen un impacto tanto en los otros como en nosotros mismos:

esto ayuda a configurar el pensamiento. Pensamos en base al lenguaje, ya que no es posible pensar sin asociar palabras. Esta corriente se le llamó determinismo lingüístico. Posteriormente otros autores desarrollaron nuevas teorías, englobadas como *relativismo lingüístico*, que afirmaban que el lenguaje nos permite crear la calidad del pensamiento.

Si nos referimos al lenguaje en términos de salud, en base a lo mencionado anteriormente, podemos afirmar que es una herramienta muy potente a la que debemos dar un uso adecuado para no estigmatizar o crear ideas equivocadas en el caso de las personas con enfermedad crónica. El lenguaje y el pensamiento están unidos, es decir, dependiendo de lo que pienso, así actúo y así me siento.

El lenguaje empleado por los profesionales sanitarios tiene influencia sobre la persona y va a ser una pieza fundamental en la experiencia y el entendimiento de la DM: “con nuestro lenguaje construimos su mundo-diabetes”, el mundo que crea el paciente. Por lo tanto, según nuestra manera de comunicar, transmitimos a la persona una serie de emociones, reacciones o diferentes acciones que condicionarán el manejo de su enfermedad. Cuidar el lenguaje, pues, es básico y fundamental, aunque este aspecto puede ser controvertido en muchos casos. Por ejemplo, hace unos meses pudimos leer el resultado del estudio DIRECT que menciona la remisión de la diabetes: ¿se puede utilizar la palabra remisión para hablar de DM?

Emplear un lenguaje adecuado cuando nos dirigimos al paciente también pone fin a la culpa y a la vergüenza de sufrir diabetes mellitus. Según datos recogidos, se calcula que el 80 % de las personas con DM han experimentado estigmas por tener diabetes, el 50 % problemas de salud mental relacionados con padecerla y más del 30 % discriminación en el trabajo¹.

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) en el 2017 también nos habla de la importancia del lenguaje², ya que influye en el bienestar y en la calidad de vida de los pacientes. Para ello la ADA se apoyó en datos lanzados en redes sociales por plataformas de diabetes, tales como Diabetes Social Media Advocacy y www.tud diabetes.org, que contaron con una muestra de más de 53.000 pacientes que respondieron a las siguientes preguntas:

- ¿Qué palabras relacionadas con su diabetes tiene un impacto negativo sobre su salud?

El uso de términos como *puedes, no puedes, cumplidor, no cumplidor, bueno, malo o deberías*, hace sentir a la persona juzgada.

- ¿Cómo te sientes cuando escuchas estas palabras: *complicaciones, amputaciones, ceguera, muerte...*?

La persona siente miedo y ansiedad. En muchas ocasiones, también puede verse etiquetada al emplear la palabra *enfermo* o *diabético* directamente.

- ¿Qué experiencias en concreto has tenido con la palabra diabetes mellitus?

El 76 % de las personas con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y el 52 % de las personas con DM2 han sufrido algún estigma, que puede provenir de diferentes ámbitos, como:

- El entorno social, con frases como: “no parece que tengas diabetes, se le ve bien, no se nota absolutamente nada”.
- Los medios de comunicación (que tiene un gran peso en perpetuar el estigma) con titulares como: “Del cáncer a la ceguera: la diabetes tipo 2 dispara el riesgo de sufrir hasta 57 enfermedades más” o “¿Cuál es la dieta de los diabéticos?”.

Otras preguntas incluidas en el estudio fueron: si pudieras pedir al equipo sanitario que empleara otras palabras, ¿cuáles recomendarías?, ¿cómo crees que afectaría a tu convivencia con la diabetes si se dejaron de utilizar esas palabras?

Las respuestas destacaron que el lenguaje más adecuado sería:

- Aquel que considera a la persona en primer lugar.

- El que entiende la enfermedad como otro atributo, otro rasgo más, pero que no define a la persona.
- Un lenguaje neutral, basado en respuestas fisiológicas, libre de estigma, y respetuoso.

Por ejemplo, debemos cambiar expresiones como:

- *Persona sana* por *persona sin diabetes*.
- *No diabético o normal* por *persona sin diabetes*.
- *Diabetes descontrolada* por *diabetes fuera de rango*.
- *Bien o mal controlado* por *glucosa alta o baja*.

NUTRICIÓN EN DIABETES

¿Qué nos dicen las guías clínicas acerca de la alimentación?

La ADA 2022 nos recomienda, en cuanto a los estilos de vida saludables, tres puntos clave:

1. Seguir promoviendo la pérdida de peso, pero fomentando el ejercicio físico, no únicamente la pérdida de peso, a través de la dieta:
 - Afirma que no existe un único modelo de alimentación, existen diferentes patrones de alimentación saludable.
 - Se debe seguir apostando por los programas de prevención.
2. Para ser capaz de llevar a cabo estas modificaciones en los estilos de vida debemos plantearnos las siguientes premisas:
 - Debemos de tener en cuenta que todos los cambios deben ser consensuados con la persona.
 - Es importante valorar el contexto social y cultural en el que se encuentra cada individuo.
3. Respecto a los objetivos de nutrición generales destacan cuatro puntos importantes:
 - No limitar alimentos, sino promover estilos de vida más saludables.
 - Respetar la posibilidad o la decisión de cambio que tome cada paciente.
 - Comprender, no juzgar al paciente.
 - Empoderar al sujeto en la toma de decisiones³.

Uno de los consensos internacionales más conocidos⁴ continúa afirmando que no existe una distribución adecuada o ideal de macronutrientes, pero sí resalta la importancia de la ingesta de 14 g de fibra por cada 1000 kcal, aunque sin sobrepasar los 50 g diarios. Respecto a la ingesta de hidratos de carbono (HC) se necesitan 130 g por día para cubrir las necesidades fisiológicas de nuestro día a día. Sin embargo, esta glucosa no

tiene por qué provenir exclusivamente de la dieta, ya que existen otras medidas metabólicas de adaptación del cuerpo que pueden llegar a promover la obtención interna de esos 130 g; a través de la glucogenólisis, la gluconeogénesis e, incluso, de la cetogénesis.

¿Qué dicen las guías respecto a las dietas bajas en HC (*Low carb*) o la dieta cetogénica (*Keto*)?

Las *Low Carb* son aquellas que contemplan que, al menos, el 26 % de la energía total suministrada al organismo provenga de los HC. En cambio, las dietas *Keto* hablan de un consumo diario inferior a 50 g de HC.

Las dietas bajas en hidratos de carbono han demostrado una reducción de la hemoglobina glicada, mejoría de las cifras de presión arterial, disminución de peso, incremento del colesterol de alta densidad (c-HDL) y disminución de los triglicéridos (TG). Hay que subrayar que las dietas *Low Carb* con las que se han llevado a cabo diferentes estudios aportaban entre un 26-45 % de la ingesta de kilocalorías totales (equivalente a 75-280 g diarios), mientras que las *Very Low Carb* representaban solo el 26 % de kilocalorías totales. Los beneficios de estas dietas son atribuibles a la propia pérdida de peso, por lo que podrían ser consideradas como estrategia válida para la mejora del control metabólico en base a la pérdida ponderal. Se cree que pueden proporcionar una mayor saciedad al aumentar el consumo de grasas y proteínas, pero, por contra, logran una baja adherencia de mantenimiento a los 6 meses y, al año, hay un abandono mayoritario. Estas dietas tienen una afectación directa en la microbiota intestinal al producir bajas concentraciones de butirato. Niveles bajos de butirato inducen a un aumento de la sensibilidad a la insulina y a un incremento del gasto energético basal. A pesar de estas conclusiones aún faltan estudios que corroboren tanto la eficacia como la seguridad de estas dietas.

¿Qué sabemos sobre las dietas veganas y vegetarianas?

La ADA hace mención específica a este tipo de dietas y promueve sus beneficios, tales como la reducción del riesgo de desarrollar diabetes, la reducción de hemoglobina glicada, la pérdida de peso y la mejora del perfil lipídico.

El concepto de esta dieta consiste en maximizar el consumo de elementos vegetales densos en nutrientes. Las sociedades británica y americana de diabetes se han posicionado a favor de estas dietas y apuntan que son seguras y se pueden implementar en cualquier etapa de la vida.

Los beneficios que nos reportan son:

- Una reducción de un 25 % de los biomarcadores inflamatorios en las dietas vegetarianas; en las dietas veganas esta reducción alcanza el 50 %.
- En relación a la mortalidad, hay prácticamente el doble de reducción de mortalidad en las dietas veganas frente a las dietas vegetarianas, aunque aún hay pocos estudios que avalen estos datos.

A pesar de los datos reseñados debemos cuestionarnos si todo lo vegetariano o vegano es saludable. Según datos de diferentes estudios, las personas que empiezan a implementar este tipo de dietas, aumentan el consumo de alimentos ultraprocesados durante los primeros años, principalmente en el grupo vegano. Esto se justifica debido a que la persona busca alimentos similares a la carne, no solo en apariencia, sino en sabor y en olor.

Si hacemos una comparativa de estudios en pacientes con enfermedad coronaria que llevan una dieta omnívora frente a dieta vegana o vegetariana⁵, observamos una disminución de enfermedad coronaria en las vegetarianas/veganos en comparación con las omnívoras. Los estudios subdividen dietas veganas y vegetarianas saludables de las no saludables. El efecto protector desaparece en las dietas veganas no saludables; igual ocurre en el caso de la dislipemia⁶ y la mortalidad por otras causas. En el caso concreto de la DM, se observó un patrón similar, independientemente de llevar una dieta vegetariana saludable o no, se produce una disminución entre el 12-23 % de desarrollar DM en los próximos 4 años. Este hecho revela que se seguían manteniendo tales datos independientemente de la variable “pérdida de peso”, es decir, que la incidencia de DM2 no era dependiente de la pérdida de peso. En pacientes con DM2, la dieta vegetariana también mejora el control metabólico, pero en este grupo de pacientes no se ha podido demostrar que la mejoría no se pueda atribuir a la pérdida de peso⁷⁻⁸.

EJERCICIO FÍSICO EN PERSONAS CON DM

Se conoce sobradamente que el ejercicio ayuda en la prevención de DM2, mejora el control glucémico, los índices de morbimortalidad y la calidad de vida de las personas que lo practican. Debemos prescribir aquel ejercicio que más se adapte a las necesidades del paciente, como recomienda la ADA en su publicación de 2022. Las recomendaciones básicas que la persona debe implementar son: 150 minutos de ejercicio físico de intensidad moderada o 75 minutos de actividad física vigorosa repartido al menos en 3 días por semana. Se debería incluir, 2-3 veces por semana, ejercicios de resistencia,

a poder ser en días no consecutivos. También se observó que los ejercicios de intervalos mejoran el control de la glucosa e inducen las adaptaciones musculoesqueléticas relacionadas con la mejora en salud de las personas con DM2. Es importante evitar permanecer sentados durante períodos superiores a 30 minutos, ya que el sedentarismo es un factor de riesgo cardiovascular³.

Antes de iniciar la prescripción de ejercicio físico en pacientes con DM2 con posible enfermedad cardiovascular o complicaciones microvasculares, se deben someter a una valoración previa basada en una historia clínica detallada, exploración física y electrocardiograma en reposo. Respecto a la indicación de realizar una prueba de esfuerzo, es recomendable en los siguientes casos:

- Mayores de 35 años.
- Mayores de 25 años y DM2 diagnosticada hace más de 10 años.
- Mayores de 25 años y DM1 diagnosticada hace más de 15 años.
- Personas con riesgo cardiovascular.
- Complicaciones microvasculares.
- Enfermedad arterial periférica.
- Neuropatía autonómica.

Resumiendo, las recomendaciones sobre ejercicio físico que recoge la guía Record⁹, en el caso de pacientes con complica-

ciones micro y macrovasculares, el ejercicio más indicado sería el aeróbico de bajo impacto y baja intensidad.

Desde la consulta es necesario trabajar las principales barreras para la implementación del ejercicio por parte del paciente. Una de las principales barreras que presenta la persona con DM es el miedo a la hipoglucemia y la escasez de conocimientos en cuanto a la gestión del ejercicio. El ejercicio aeróbico a partir de los 30 minutos va a tener un mayor efecto hipoglucemiante; en cambio, si combinamos ejercicio aeróbico con ejercicio de fuerza, los niveles de glucosa no caerán tanto por efecto de las hormonas contrainsulares, siendo una práctica más segura. Los pacientes en tratamiento con secretagogos o insulina deberán monitorizar sus niveles de glucosa antes de realizar ejercicio y comenzar su práctica con valores entre 126-180 mg/dl. En pacientes tratados con los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT-2) se debe tener especial cuidado por el mayor riesgo de presentar deshidratación, hipotensión o cetosis. Por ello, en el ejercicio intenso y de larga duración (de más de una hora), se recomienda reducir o suspender tanto las sulfonilureas como las glinidas o los iSGLT-2.

Debido al aumento de la sensibilidad a la insulina que produce el ejercicio en las 24-48 horas tras su realización, el paciente pudiera presentar una hipoglucemia tardía; existe un mayor riesgo de producirse esta cuando el ejercicio es realizado por la tarde o si se asocia a la ingesta de alcohol.

BIBLIOGRAFÍA

1. National Diabetes Week 2021 <https://www.diabetesaustralia.com.au/news/national-diabetes-week/> [Última entrada 12 de mayo de 2022].
2. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2017 Abridged for Primary Care Providers. Clin Diabetes 1 January 2017;35(1):5-26.
3. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2022 Abridged for Primary Care Providers. Clin Diabetes 1 January 2022;40(1):10-38.
4. Evert A, Dennison M, Gardner C, Garvey W T, Karen K, MacLeod J, et al. Nutrition Therapy for Adults With Diabetes or Prediabetes: A Consensus Report. Diabetes Care 1 May 2019;42(5):731-754.
5. Satija A, Bhupathiraju SN, Spiegelman D, Chiuve SE, Manson JE, Willett W, et al. Healthful and Unhealthful Plant-Based Diets and the Risk of Coronary Heart Disease in U.S. Adults. J Am Coll Cardiol. 2017 Jul 25;70(4):411-422.
6. Lee K, Kim H, Rebholz CM, Kim J. Association between Different Types of Plant-Based Diets and Risk of Dyslipidemia: A Prospective Cohort Study. Nutrients. 2021 Jan 14;13(1):220.
7. Chen Z, Drouin-Chartier JP, Li Y, Baden MY, Manson JE, Willett WC, et al. Changes in Plant-Based Diet Indices and Subsequent Risk of Type 2 Diabetes in Women and Men: Three U.S. Prospective Cohorts. Diabetes Care. 2021 Mar;44(3):663-671.
8. Satija A, Bhupathiraju SN, Rimm EB, Spiegelman D, Chiuve SE, Borgi L, et al. Plant-Based Dietary Patterns and Incidence of Type 2 Diabetes in US Men and Women: Results from Three Prospective Cohort Studies. PLoS Med. 2016 Jun 14;13(6):e1002039.
9. Gargallo-Fernández M, Escalada San Martín J, Chico Ballesteros A, Lecumberri E, et al. Guía Record Diabetes SEEN 2021. [Última entrada 12 de mayo de 2022].