

# 6

## Situaciones especiales

### 6.1. Introducción

Hemos seleccionado una serie de situaciones que por algún motivo no son las habituales que solemos atender en la consulta, pero que generan una gran cantidad de inseguridad y dudas a nuestros pacientes con diabetes tipo 2 y que intentaremos resolver a continuación.

### 6.2. Diabetes: fenómenos asociados

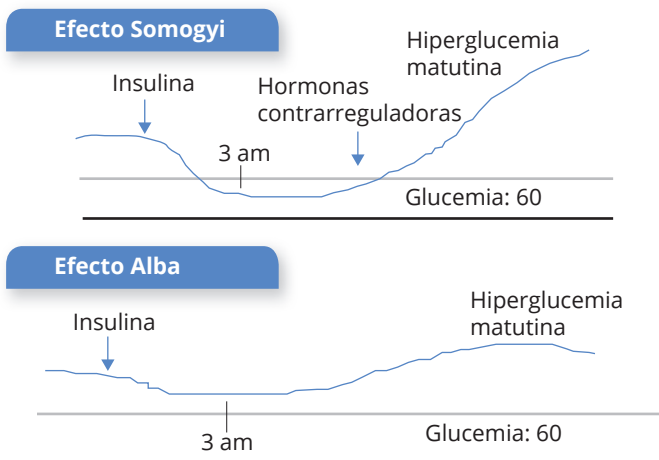
Dentro de las situaciones clásicas, y debuts habituales de los pacientes con diabetes, estos suelen presentar una serie de dudas acerca de sus glucemias. Estas dudas son clásicas en las consultas de enfermería, pues aparecen después del diagnóstico y, habitualmente, con el tratamiento iniciado:

- **Fenómeno del alba:** supone un aumento de la glucosa sanguínea cuando nuestro organismo se prepara para despertarse (suele darse normalmente entre las 3 de la madrugada y las 8 de la mañana); es consecuencia directa de los cambios hormonales que se producen en nuestro cuerpo durante el ciclo del sueño y que nos preparan para la jornada del día siguiente.<sup>1</sup>
- **Efecto Somogyi:** es consecuencia directa de una hipoglucemia nocturna; es decir, en esos casos nuestro organismo responde a esos niveles bajos de glucosa sanguínea durante el ciclo de sueño, liberando hormonas (somatotropina, cortisol y catecolaminas) que van a ayudar a revertir ese nivel bajo de glucosa

en sangre, haciendo que se expulse la glucosa almacenada en el hígado, pero esto puede conllevar a que los niveles de glucosa sanguínea sean más altos de lo normal por la mañana; es lo que comúnmente conocemos como el efecto rebote. Algunas de las causas que pueden conllevar la aparición de este efecto son el hecho de no haber cenado suficientes hidratos de carbono tras haber realizado una actividad deportiva escasos momentos antes de la cena, un exceso de insulina la noche anterior o incluso haber consumido bebidas alcohólicas (pues luego tienen un efecto hipoglucemiante).<sup>1</sup>

En relación con los efectos descritos, es fundamental explicar los signos de alarma de las hipoglucemias e intentar identificar si estas se producen durante la noche, en ciertos casos es incluso recomendable la práctica de glucemias capilares durante la madrugada. En ambos casos presentan como similitud la hiperglucemia matutina (Figura 1), por lo que también es interesante el control analítico frecuente y el control terapéutico (farmacológico y estilos de vida), con especial interés en la alimentación. Como se puede comprobar en la Figura 1, el fenómeno de Somogyi puede presentar un riesgo para la salud de nuestro paciente, al conllevar una hipoglucemia.

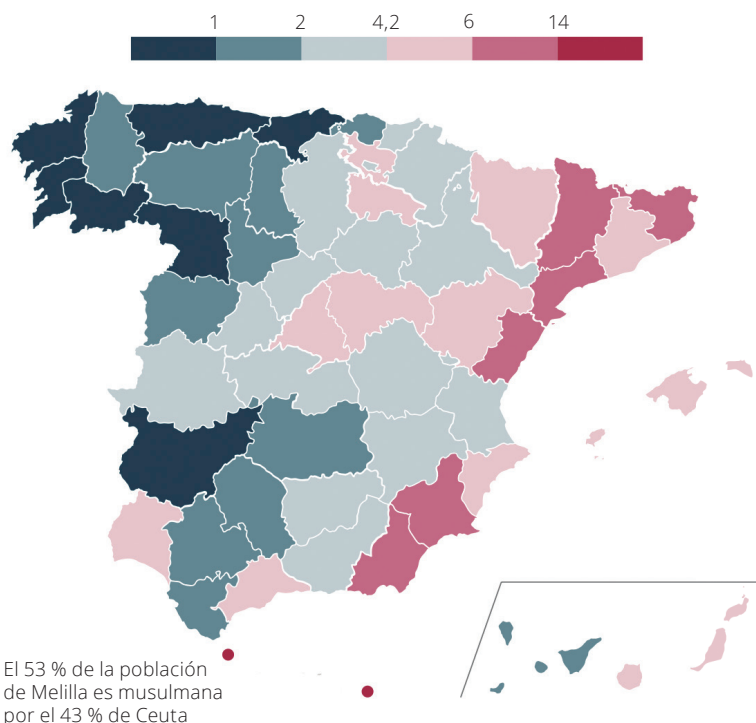
**Figura 1** Diferencias entre las glucemias efecto Somogyi y fenómeno del alba



### 6.3. Diabetes y Ramadán

El cumplimiento del Ramadán genera cada día más consultas en nuestra práctica clínica diaria. Como podemos ver, la población musulmana ha ido en aumento en España durante los últimos años, con una distribución geográfica muy heterogénea, con claro predominio por la costa mediterránea y la Comunidad de Madrid. Por ello, y acorde con los índices de personas con diabetes, cuestiones como estas están en nuestra consulta con cierta frecuencia. Además, y dada la distribución, puede ser una dificultad añadida para el profesional, enfrentarse a este tema en regiones con menos experiencia, como puede ser Asturias, Galicia o la provincia de Badajoz (Figura 2).

**Figura 2** Distribución geográfica de la población musulmana 2017



Fuente: UCIDE (Unión de Comunidades Islámicas de España).

Para poder comprenderlo mejor, sería interesante definir primero ciertos conceptos en relación con el Ramadán:

- Iftar: se refiere a la comida nocturna con la que se rompe el ayuno diario durante el mes islámico del Ramadán.<sup>2</sup>
- Suhoor: palabra empleada en el Islam para referirse a la comida consumida a primera hora de la mañana por los musulmanes antes de que exista luz del sol en el mes de Ramadán.<sup>2</sup>

Las personas con ciertas enfermedades, entre las que se incluye la diabetes mellitus en todos sus tipos, pueden estar exentos de realizar dicho ayuno, pero con buen control glucémico o metabólico podrían realizarlo y, de hecho, muchas personas lo llevan a cabo.

En relación con el riesgo, es importante definir el tipo de persona al que o bien hay que controlar más durante el ayuno, o contraindicar el mismo:

- Hipoglucemias graves o frecuentes o no reconocidas por la persona.
- Debut reciente.
- Insulinizado.
- Mal control metabólico.
- Infección intercurrente.
- Complicaciones crónicas.
- Embarazo.
- Lactancia.
- Diabetes gestacional.
- Ancianos.

En general, los consejos que podemos dar desde la consulta de enfermería son:

- Se debe hacer una monitorización frecuente de la glucemia.
- Recomendaciones nutricionales: evitar comidas ricas en hidratos de carbono de absorción rápida y grasas.
- Deben recomendarse hidratos de carbono complejos de madrugada e hidratos de carbono simples por la noche.
- **Es necesario romper el ayuno siempre que la glucemia capilar sea inferior a 60 mg/dl o superior a 300 mg/dl.**
- Se debe asegurar siempre una correcta hidratación.

- Se debe recomendar una actividad física normal evitando el ejercicio físico excesivo.
- Hay que ajustar el tratamiento por su médico, si se precisa.<sup>2</sup>

## 6.4. Cuidados enfermeros en pacientes con diabetes y situaciones especiales

Tras haber hablado de los cuidados de enfermería en personas con diabetes, llega el momento de comentar ciertos tipos de pacientes que, por sus características, deben ser estudiados de manera diferente. En este capítulo no volveremos a hablar de los cuidados de enfermería del paciente con diabetes, sino que se profundizará en unos cuidados complementarios, es decir, que añadir a los que ya hay que realizar por tener dicha enfermedad.

### 6.4.1. Diabetes e insuficiencia cardíaca

Según la OMS, se define la insuficiencia cardíaca como una afección en la cual el corazón no puede bombear sangre rica en oxígeno al resto del cuerpo de forma eficiente o lo realiza a expensas de mecanismos compensadores.<sup>3</sup>

Recordemos que es una de las complicaciones más frecuentes en personas con diabetes, ya que puede llegar a afectar hasta un 20 % de los pacientes a lo largo de su vida. Su manejo se puede dividir en dos tipos de tiempos del paciente: hospitalizado y en domicilio. En ambos casos, la formación y las recomendaciones del estilo de vida deben ser una parte importante del cuidado de estos pacientes.

- Formación del paciente: debe incluir formación específica sobre su enfermedad, cómo identificar el aumento de la disnea, la debilidad, el cansancio, los tipos de tos y la frecuencia de la misma, explicar acerca de los edemas de miembros inferiores y cómo evitarlos, sobre el recorte de diuresis u otros síntomas por los que debe consultar con su médico.
- Estilos de vida: se debe incidir en la necesidad, si existen, de evitar hábitos tóxicos como el tabaco o el alcohol, en la importancia extrema de la toma diaria de la medicación pautada, en seguir una alimentación saludable pobre en grasas y sal y, tratándose de un paciente con diabetes, en la que primen los hidratos de

carbono de absorción lenta o ultralenta, en la necesidad de incluir el ejercicio físico en su rutina diaria y el control estricto del peso.

### 6.4.3. Diabetes e insuficiencia renal

La nefropatía diabética (ND) o enfermedad renal crónica (ERC) atribuida a la diabetes ocurre en el 20-40 % de los pacientes con diabetes y es la principal causa de enfermedad renal terminal.

Actualmente, se define la ERC como la presencia durante al menos tres meses de un filtrado glomerular (FG) inferior a 60 ml/min, o la presencia de lesiones renales estructurales (alteraciones histológicas en la biopsia renal) o funcionales (albuminuria, alteraciones en el sedimento urinario o en las pruebas de imagen) que puedan provocar potencialmente un descenso del FG<sup>4</sup>.

En los primeros estadios de la enfermedad renal crónica con frecuencia nos encontramos con pacientes sin diagnosticar, ya que en ocasiones es asintomática. Por ello, detectarla de forma precoz optimiza el tratamiento, retrasa la progresión y disminuye la morbimortalidad con la consiguiente reducción del coste sanitario.

Es importante recordar que se debe incrementar el control de los factores de riesgo de tipo cardiovascular y de la progresión: hiperglucemia, proteinuria, hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo, hiperuricemia, antiagregación y obesidad.

En las personas con ND y que no están en diálisis, la ingesta de proteínas debe ser aproximadamente de 0,8 g/kg/día. Ingestas superiores a 1,3 g/kg/día se han asociado con aumento de albuminuria, pérdida más rápida de la función renal y mayor mortalidad cardiovascular.

Las proteínas procederán de la carne, el pescado y los huevos y, además, tenemos un abanico de proteínas de origen vegetal de alto/medio valor biológico como son las legumbres, los cereales y los frutos secos.

Si el FG < 15 ml/min, también se recomienda reducir:

- Potasio: los alimentos que contienen potasio son las frutas y las hortalizas (incluidas las secas), las patatas, las legumbres, los frutos secos y las semillas, la leche y el yogur, el pescado, las aves de corral y los cereales integrales.
- Sodio: alimentos en conserva.
- Fósforo: son principalmente las proteínas y el chocolate.

- En estos pacientes es aconsejable la administración de vitamina D y calcio.

El buen control de la glucemia y de la presión arterial, junto al cese del hábito tabáquico, reduce tanto la aparición como la evolución de la nefropatía diabética.

## Bibliografía

1. Papargyri P, Ojeda Rodríguez S, Corrales Hernández JJ, Mories Álvarez MT, Recio Córdova JM, Delgado Gómez M, et al. An observational 7-year study of continuous subcutaneous insulin infusion for the treatment of type 1 diabetes mellitus. *Endocrinol Nutr.* 2014 Mar;61(3):141-6. doi: 10.1016/j.endonu.2013.09.003.
2. Benito B. Diabetes y Ramadán. <https://www.redgdps.org/diabetes-y-ramadan>.
3. Gámez Simarro JD. Protocolo de enfermería en la insuficiencia cardíaca. <https://enferurg.com/protocolo-de-enfermeria-en-la-insuficiencia-cardiaca/>.
4. National Kidney Foundation. KDOQI clinical practice guideline for diabetes and CKD: 2012 Update. *Am J KidneyDis* 2012;60:850-86.