



Revisión

Revisión y comparación de las recomendaciones dietéticas basadas en la evidencia en el paciente diabético establecidas por las principales sociedades científicas internacionales

Alejandro Sanz París^{a,*}, Patricia de Diego García^a, Diego Álvarez Ballano^a, Cristina Tella Madorrán^b y Ramón Albero Gamboa^a

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Unidad de Nutrición y Dietética, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^bEnfermera de Educación Diabetológica, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 17 de julio de 2009

Aceptado el 4 de agosto de 2009

Palabras clave:

Diabetes
Recomendaciones nutricionales
Sociedades científicas internacionales
Medicina basada en la evidencia

Keywords:

Diabetes
Nutritional recommendations
International scientific societies
Evidence-based medicine

RESUMEN

El manejo nutricional en el paciente diabético va más allá de ser el mero aporte de nutrientes, sino que es la base de su tratamiento general. Tanto es así, que las sociedades científicas internacionales han decidido llamarlo "tratamiento médico nutricional" (TMN) para darle el énfasis que se merece. Sin embargo, el TMN no está aún bien consensuado y establecido, de forma que las recomendaciones de las sociedades científicas han ido cambiando en estos últimos años a la luz de la aplicación de la metodología de revisión de la medicina basada en la evidencia. En el presente artículo se revisan y comparan las principales recomendaciones dietéticas basadas en la evidencia de diferentes sociedades internacionales. En este sentido, la mayoría de las sociedades recomiendan que el aporte de carbohidratos sea individualizado, sin indicar una cantidad en concreto. El contenido en grasas está bien establecido; se recomienda una ingesta máxima del 7% del aporte calórico total en forma de grasas saturadas y menos de 200 mg/día de colesterol. La recomendación de consumo de proteínas es lo que menos ha cambiado durante estos años: un 15-20% del total calórico. La efectividad de la acción de la fibra en la mejora del metabolismo lipídico y glucídico es controvertida, más aún teniendo en cuenta el bajo consumo de fibra en la población española.

© 2009 Asociación Española de Dietistas - Nutricionistas. Publicado por Elsevier España, S.L.
Todos los derechos reservados.

Review and comparison of the dietary recommendations made by the main international scientific societies, based on evidence on the diabetic patient

ABSTRACT

Nutritional handling of the diabetic patient goes beyond being the mere provision of nutrients, but rather it is the basis of his/her general treatment to such an extent that the international scientific societies have decided to call it "nutritional medical treatment" (NMT) to give it the emphasis it deserves. However, a consensus has still not quite been reached and established on NMT, in such a way that the scientific societies' recommendations have been changing in these last few years in light of the application of the evidence-based medicine revision methodology. In this article, the main dietary recommendations based on evidence from different international societies are reviewed and compared. In this sense, most societies recommend the provision of carbohydrates to be personalized, without indicating a specific amount. The fat content is well-established, and a maximum intake of 7% of the total calorie count in the form of saturated fats and less than 200 mg/day of cholesterol are recommended. The recommended protein intake is what has changed least over the years and is established at 15%-20% of the total calorie count. The effectiveness of the action of fibre on the improvement of the lipid and glycidic metabolism is controversial, and even more so considering the low consumption of fibre in the Spanish population.

© 2009 Asociación Española de Dietistas - Nutricionistas. Published by Elsevier España, S.L.
All rights reserved.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: alesanz@arrakis.es (A. Sanz).

Introducción

La diabetes mellitus es una de las enfermedades endocrinológicas con mayor prevalencia en la población general¹ y en especial entre los pacientes ingresados en el hospital². En todo el mundo se estima que en el año 2000 afectaba al 2,8% de la población, pero se espera que afecte al 4,4% en 2030 debido al envejecimiento de la población y el incremento constante de la obesidad, y se llega a calificar esta situación como "epidemia"³.

En los hospitales españoles la prevalencia de diabetes es mayor que en la población general, que llega al 17,2% de los pacientes que ingresan, aunque estos datos pueden variar en función del método diagnóstico de reclutamiento utilizado⁴. Datos extraídos de informes de alta hospitalaria del año 2000, en Estados Unidos, indican una prevalencia del 12,4% de pacientes con diagnóstico de diabetes, de los que sólo en el 8% era el diagnóstico principal⁵. Sin embargo, los protocolos de detección de diabetes son poco sensibles y suelen subestimar su prevalencia, que puede llegar a ser de hasta el 40%. Esto se debe a que el paciente que ingresa en el hospital por múltiples causas como, por ejemplo, coronariopatías⁶, enfermedad cerebrovascular, enfermedad vascular periférica⁷, nefropatías, infecciones o amputaciones de extremidades inferiores también presenta diabetes. La alta prevalencia de diabetes en los hospitales se debe a varios factores: por una parte, la avanzada edad de los pacientes ingresados en el hospital, en quienes la prevalencia de diabetes es mayor, y por otra parte, los pacientes con diabetes requieren hasta 3 veces más ingresos hospitalarios que los no diabéticos y, además, su estancia hospitalaria suele ser más larga. Asimismo, cabe destacar que sigue existiendo un alto porcentaje de pacientes a quienes se diagnostica su diabetes durante el ingreso hospitalario, ya sea porque se realizan analíticas sistemáticas para la determinación de glucosa en sangre o, bien, porque la enfermedad que ha motivado el ingreso hospitalario o los fármacos que son necesarios para su tratamiento producen hiperglucemias de estrés⁸.

El manejo nutricional del paciente diabético va más allá de ser el mero aporte de nutrientes, sino que es la base de su tratamiento general. Tanto es así que la Asociación Americana de Diabetes⁹, la Asociación Canadiense de Diabetes¹⁰ y la Asociación Americana de Dietética¹¹ lo han llamado "tratamiento médico nutricional" para darle el énfasis que se merece. Este tratamiento no sólo interviene en el control glucémico (se maneja cantidad, tipo y horario de ingesta de alimentos, insulinoterapia, etc.), sino que afecta a todo el control metabólico y, además, previene la aparición y la progresión de la propia diabetes y de sus complicaciones concomitantes.

La Asociación Americana de Dietética¹¹ recomienda que un dietista con titulación universitaria proporcione el tratamiento médico nutricional a los individuos con diabetes tipo 1 y 2. Este tratamiento debe iniciarse durante los primeros 3-6 meses después del diagnóstico de diabetes o, bien, siempre que se remita por primera vez a un paciente al dietista-nutricionista, y debe estar estructurado en una serie de 3-4 visitas iniciales de entre 45 y 90 min de duración. Además, se recomienda una revisión al menos una vez al año. Este sistema ha demostrado ser eficaz tanto en reducir la glucohemoglobina (HbA_{1c}) como en mejorar el esquema lipídico y el control de peso y reducir el riesgo de aparición y progresión de comorbilidades¹¹.

El trabajo en equipo, en el que cada profesional desarrolla la función para la que se ha formado, ofrece los mejores resultados⁹. Un dietista con titulación universitaria, junto con el educador en diabetes, y dentro de un equipo multidisciplinario podrá poner en práctica el tratamiento médico nutricional que el médico especialista en endocrinología y nutrición haya prescrito al paciente con diabetes.

El tratamiento médico nutricional, pese a ser tan importante, no está aún bien consensuado y establecido, de forma que las recomendaciones de las sociedades científicas han ido cambiando en estos últimos años a la luz de la aplicación de la metodología de revisión de la medicina basada en la evidencia¹². En la presente revisión se

repan las recomendaciones más importantes y recientes, así como su evolución en los últimos años.

Recomendaciones dietéticas basadas en la evidencia en el paciente diabético

La dieta es la base del tratamiento de la diabetes mellitus, y puede reducir hasta un 2% la HbA_{1c}. Pero no hay una dieta específica o estándar para el paciente diabético en general, sino que la individualización, según las características físicas, psíquicas, sociales y patológicas del paciente, es la clave de un correcto manejo^{9,10,13}. Cada paciente diabético tiene unas necesidades específicas de calorías según su edad, peso, sexo, ejercicio, etc.¹⁴, el reparto de macronutrientes depende del esquema lipídico y la función renal, el horario de las ingestas, el estilo de vida y los fármacos hipoglucemiantes administrados. Además, por encima de todo, hay que tener siempre presente las preferencias personales, familiares y culturales del paciente.

La distribución de macronutrientes no está homogéneamente definida por todas las sociedades científicas. Incluso entre las recomen-

Tabla 1
Recomendaciones de la Asociación Americana de Dietética¹¹

Nivel de evidencia fuerte
En los pacientes diabéticos con dosis fijas de insulina o fármacos hipoglucemiantes el contenido de hidratos de carbono de las comidas debe ser similar día a día porque mejora el control glucémico
En los pacientes diabéticos que ajustan su dosis de insulina antes de cada comida, ésta dependerá de su contenido en hidratos de carbono, esta práctica no sólo mejora el control glucémico, sino, además, la calidad de vida
El paciente con diabetes puede tomar alimentos con sacarosa, pero siempre sustituyéndolos por otros ricos en carbohidratos. Una ingesta del 10 al 35% del aporte total en estos alimentos no altera el control glucémico o lipídico cuando se sustituye por una cantidad isocalórica de otros hidratos de carbono
Respecto a la actividad física, se recomienda, a los pacientes con diabetes tipo 2, un ejercicio moderado de unos 90 a 150 min en la semana, o bien un entrenamiento de resistencia, al menos, a días alternos. Ambos tipos de ejercicio mejoran el control glucémico, independientemente de la pérdida de peso, mediante el incremento de la sensibilidad a la insulina y la disminución del riesgo de enfermedad cardiovascular y toda causa de mortalidad
En las primeras evaluaciones del paciente diabético, tras la intervención nutricional para el control de la glucemia, se debe prevenir y tratar la enfermedad cardiovascular mediante el control lipídico
La intervención nutricional cardioprotectora incluye reducción de grasas saturadas y trans, y colesterol dietético, y recomendaciones para mejorar la presión sanguínea
Nivel de evidencia moderado
La ingesta de fibra recomendable para los pacientes con diabetes es similar a la de la población general (14 g/1.000 kcal). Dietas con 45-50 g/día han mejorado el control glucémico, pero con dosis más habituales en la vida real (24 g/día) no muestran efectos
Los edulcorantes no nutritivos no tienen efectos en el control glucémico. Aunque debemos tener en cuenta que algunos productos con estos edulcorantes no nutritivos contienen, además, carbohidratos
En pacientes con función renal normal, que consumen la cantidad habitual de proteínas (el 15-20% del valor calórico total), no es necesario cambiar sus hábitos. Aunque la ingesta de proteínas produce un efecto agudo en la secreción de proteínas, en estudios a largo plazo la ingesta habitual tiene efectos mínimos en las concentraciones de glucosa, insulina y lípidos
En la nefropatía diabética, se recomienda una ingesta menor de 1 g/kg/día. Dietas con menor aporte mejoran la microalbuminuria, pero no tienen efecto en la tasa de filtración glomerular
En estadios avanzados de nefropatía diabética, se debe controlar la ingesta energética y la hipoalbuminemia (como marcador de desnutrición). La ingesta de 0,7 g/kg/día se ha asociado a hipoalbuminemia, mientras que 0,9 g/kg/día parece segura
Si la pérdida de peso es un objetivo en el paciente diabético tipo 2, se debe aclarar que el control glucémico es el principal. La disminución de la ingesta puede mejorar el control glucémico, pero no está claro que la pérdida de peso por sí sola también lo mejore
Nivel de evidencia débil
Si se usa el índice glucémico para plantear las comidas, se debe advertir de su escasa evidencia científica por su efecto divergente en el control glucémico en diferentes estudios

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2686589>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2686589>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)