

Amici del Diabetico



La Newsletter di AD - 31 gennaio 2014 n. 1

Diabete e ipertensione

L'ipertensione influisce sulla qualità della vita del paziente diabetico: ecco alcuni consigli e informazioni per la gestione di questa patologia



È noto da tempo come ipertensione e diabete siano due malattie che “marciano” in parallelo; è altrettanto riconosciuto che questa

contemporaneità influisce sulla qualità e l'aspettativa di vita del paziente che ne è colpito. Tuttavia, è importante sapere che oggi la medicina mette a disposizione dei clinici una serie di rimedi che evidenze scientifiche hanno definitivamente dimostrato essere efficaci. Diversi studi hanno fatto emergere come circa il 60-70% dei pazienti con diabete di tipo 2 è colpito da disturbi dell'ipertensione così come ne soffrono circa 40-45% di pazienti con diabete di tipo 1; una situazione, questa, che aumenta di parecchie volte il rischio della morbilità e della mortalità e la cui prevalenza può essere considerata doppia rispetto alla popolazione non diabetica. In realtà è proprio il diabete che dispone l'insorgenza dell'ipertensione a causa principalmente della ritenzione di sodio piuttosto che per una aumentata resistenza all'insulina. Tale presenza, a lungo andare, può facilitare l'insorgenza della microangiopatia (identificata nella nefropatia e nella retinopatia) nonché della macroangiopatia diabetica. Inoltre la prevalenza dell'ipertensione tende a far aumentare la presenza della micro e macroalbuminuria. (L'albumina è una proteina prodotta dal fegato ed è la più abbondante del sangue; essa è contenuta quasi esclusivamente nel sangue, può uscire in

piccole o grandi quantità attraverso l'urina. La presenza di albumina nell'urina può inizialmente non essere grave, ma è segno che il rene inizia a danneggiarsi. La microalbuminuria è un campanello di un allarme anticipato di un futuro danneggiamento al rene). Questi i valori di riferimento: **normali**: al di sotto di 7,2 mcg/min; **incerti**: tra 7,2 e 15; **Microalbuminuria**: tra 15 e 150; **Macroalbuminuria**: al di sopra dei 150.

La storia naturale dell'ipertensione nel Diabete tipo 1

- L'ipertensione è assente all'esordio;
- lo sviluppo dell'ipertensione correla strettamente con lo sviluppo del danno renale;
- la pressione sistolica e diastolica aumentano in modo proporzionale;
- l'ipertensione aumenta sensibilmente la progressione della nefropatia.

Dunque, il cardine per evitare la nefropatia diabetica è legato dal buon compenso glicemico e di quello pressorio. Essendo oggi possibile identificare abbastanza facilmente i pazienti a rischio di sviluppare la nefropatia diabetica prima ancora che possa comparire la microalbuminuria, appare assolutamente necessario attivare una prevenzione primaria a tutti i pazienti portatori di diabete. Nel tipo 1, ovviamente bisogna ricorrere ad trattamento insulinico “ottimizzato”, così come è necessario intervenire nel diabete di tipo 2; in entrambi i casi, però, è consigliabile verificare l'eventuale presenza di altri fattori di rischio cardiovascolare come nel caso di dislipidemia (elevata concentrazione di grassi) e di abitudine al fumo.



Una volta scoperta la presenza dell'ipertensione l'obiettivo deve essere quello di abbassare i valori che dovrebbero attestarsi intorno ai valori di 130/85 mmHg per ridurre gli effetti sfavorevoli di valori superiori che possono provocare complicanze micro e macroangiopatiche. Le prime misure per ridurre l'ipertensione e i rischi collegati riguardano rimedi non clinici come la correzione del peso, la cessazione del fumo, una costante e regolare attività fisica, un regime alimentare con apporto limitato di sodio e proteine e una riduzione di consumo dell'alcool. Quanto al trattamento farmacologico, si comincia solitamente con un monofarmaco per poi passare ad una terapia combinata se, dopo 4-8 mesi, la prima scelta non desse risultati. Nell'assunzione di farmaci è ritenuto opportuno dare la preferenza a quelli dotati di minori effetti collaterali ma, soprattutto, la scelta va operata in base alle caratteristiche fisiche del paziente da trattare come ad esempio la tendenza all'ipoglicemia, la cardiopatia ischemica, le aritmie.

Infine, una piccola guida per gestire le influenze in questo periodo di grande freddo!

A volte basta una semplice influenza per assistere a forti sbalzi glicemici senza farsene una ragione. Non tutti sanno, infatti, che basta un mal di gola, un raffreddore, un'infezione fino ad un intervento chirurgico possono portare il fisico a subire un importante fattore di stress. Tali condizioni influenzano l'organismo a rilasciare una serie di ormoni che stimolano il fegato a produrre glucosio interferendo con l'azione dell'insulina. Ma oltre ad innalzare la glicemia dette situazioni –specie nelle

persone con diabete di tipo 1– possono condurre alla **chetoacidosi diabetica** (corpi chetonici elevati + glicemia alta + disidratazione), una situazione pericolosa da evitare da ricondurre al medico e che può portare al coma (e anche alla morte). Nelle persone con diabete di tipo 2, specialmente negli anziani, può causare coma iperglicemico non chetonico. Onde evitare situazioni del genere è opportuno definire delle regole con il proprio medico da porre in essere in caso di malattia; tra le regole è necessario includere il monitoraggio dei chetoni nelle urine, l'assunzione dei farmaci adatti nonché gli alimenti e i liquidi. Dunque, in caso di malattia è necessario misurare con un intervallo di quattro ore la glicemia e i corpi chetonici nell'urina preferibilmente prima dei pasti e prima di andare a letto, segnando i risultati dei diversi test. La presenza dei corpi chetonici (si formano per una eccessiva utilizzazione di lipidi [grassi] da parte dell'organismo che vanno nel sangue e da qui ai reni per la purificazione), Si parla allora di chetonuria la quale può essere rilevata con apposite strisce reattive da immergere nelle urine da tenere prudentemente in casa. Comunque, è bene sapere che senza diversa indicazione medica va tenuto il precedente regime farmacologico, mentre è consigliabile bere almeno un bicchiere di acqua ogni ora se la glicemia supera i 230 mg/dl, oppure bibite, latte o succhi di frutta se i valori glicemici sono bassi. Quanto agli alimenti è bene consumare con regolarità i carboidrati onde evitare l'ipoglicemia. Ad ogni modo va fatto ricorso al medico quando si ha vomito e diarrea per più di sei ore, se la malattia non migliora dopo due giorni, se la glicemia rimane alta per 48 ore con o senza corpi chetonici nell'urina. Altrettanto va fatto se si hanno dubbi sul cosa e come fare.

