

# Vivir con diabetes



asociación granadina de diabéticos

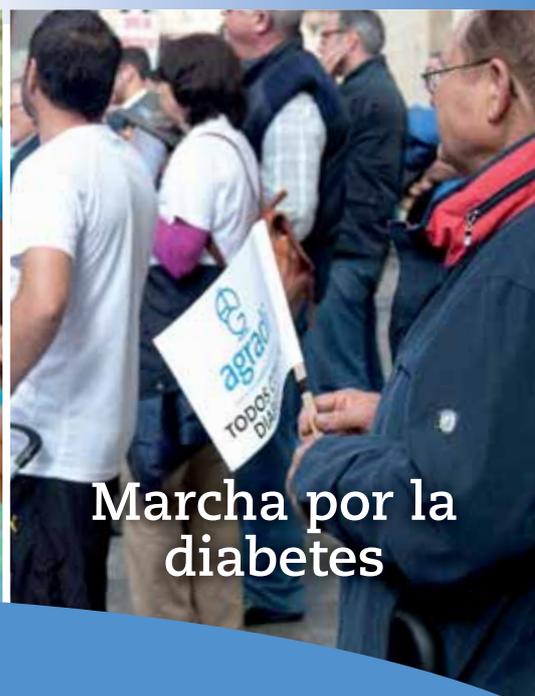
N.º 30/2014



Día Mundial de la diabetes 2014



Campamentos 2014



Marcha por la diabetes

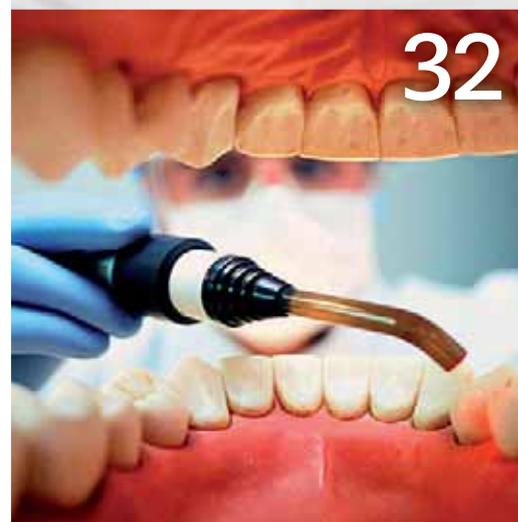
 **agradi**

Acera del Darro N.º 30 (Edif. Montes Orientales) Portal 2 - 1.º A - 18005 Granada  
Tlf.: 958 262 993 [agradi@gmail.com](mailto:agradi@gmail.com) · [www.agradi.org](http://www.agradi.org) ·  



# sumario

- Editorial 3
- Prestación económica por cuidado de hijos con diabetes 4
- Guía del pie diabético 8
- Como lograr un buen autocontrol Glucémico 14
- Un chico muy Grande 18
- La diabetes hace crecer tu familia 20
- Networking, redes sociales y comunicación 22
- ¿Estamos más cerca de la curación de la diabetes? 26
- Gracias AGRADI 30
- Salud dental y diabetes 32
- Edulcorantes 36
- Marcha en Écija 35
- Hidratación y diabetes 34
- Las pastillas de insulina en fase de ensayo clínico 41
- Actividades de AGRADI 42
- Campamentos 2014 46
- Dulce campamento 48
- Diccionario de la diabetes 50
- ¿Sabias que? 51
- Más que mil palabras 52
- Vamos a comer bien 54





# editorial



**Victoria Motos Rodríguez**  
*Presidenta de Agradi*

El pasado día 25 de octubre tuvo lugar en Ecija (Sevilla) una gran marcha, a la que asistieron miles de personas, para apoyar la investigación en el campo de la diabetes, y que fue organizada por Diabetes Cero, un movimiento de padres de niños diabéticos y de diabéticos cuyo objetivo es el seguimiento y financiación de una investigación real y duradera.

El día 8 de noviembre las Asociaciones andaluzas de diabéticos acudimos en masa a Sevilla, en respuesta a la convocatoria de nuestra Federación (Federación de Asociaciones de Diabéticos de Andalucía Saint Vicent), para manifestarnos en reivindicación de nuestros derechos, que se resumen en que la Administración nos proporcione el tratamiento asistencial y el material sanitario que precisamos para llevar una vida digna e impedir los devastadores efectos que la diabetes puede producir.

El día 14 de noviembre, Día Mundial de la Diabetes, todas las Asociaciones andaluzas (al igual que en el resto del territorio español y que en más de 180 países) organi-

zamos diversos actos para recordar la importancia de la prevención, de la educación diabetológica y del correcto tratamiento de la diabetes.

El día 15 de noviembre se celebraron en Antequera las I Jornadas de Investigación sobre Diabetes en Andalucía, organizadas por Diabetes Cero, y a las que acudimos 100 personas, representando a todas las Asociaciones andaluzas de diabéticos.

**Algo se está moviendo en Andalucía.**

Ya sólo nos queda mover la conciencia de quienes nos gobiernan para que dejen de hacer recortes en nuestro tratamiento e inviertan en investigación.

Que tengan el valor de mirarnos a la cara.

Cuando hayan visto las caritas de nuestros pequeños, la ilusión de nuestros jóvenes, la fuerza de los adultos, tal vez no puedan seguir mirando para otro lado.



# prestación económica por cuidado de hijos con diabetes

**Juan M. Gómez Moreno.** Abogado

**Fuente:** Fundación para la Diabetes  
Septiembre 2014.

**Debido** al gran interés suscitado, en este artículo vamos a actualizar la información sobre cómo se está llevando a cabo la aplicación del Real Decreto 1148/2011 para la aplicación y desarrollo, en el sistema de la Seguridad Social, de la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, en este caso concreto por Diabetes tipo 1.

Para aquellos que no han leído o no conocen el informe previo que realizamos en mayo de 2013, y que este artículo pretende complemen-

tar, os sugerimos consultar primero el artículo en donde se explican las características de la prestación, requisitos básicos así como el procedimiento a seguir para la petición.

Dicho esto comenzaremos diciendo que tenemos clara la filosofía de la norma y su objetivo, pero queda saber cómo se está aplicando y limar diferentes desavenencias que están surgiendo. Por ello, y para llegar a estas conclusiones nos basaremos en cuatro sentencias de Tribunales Superiores de Justicia (i) que enumeraremos al final, otras tres de diferentes Juzgados de lo Social que en primera

instancia reconocen el derecho (ii) (una de ellas firme y dos en recurso de suplicación ante el TSJ correspondiente), así como en la experiencia de otra media docena de casos (ámbito de empresa tanto pública como privada) que actualmente están recibiendo la prestación y, de momento, no nos consta hayan sido retiradas.

En lo que a nosotros respecta hemos de decir que la Diabetes tipo 1 se encuentra en el listado de enfermedades consideradas graves y, por lo tanto, con derecho a la obtención de dicha prestación. Pero eso no significa un reconoci-

miento directo sino que hay que cumplir una serie de requisitos más como era de esperar, y como ya adelantábamos en el artículo de mayo de 2013. Por lo tanto el no cumplimiento de esos requisitos sería motivo de denegación de la prestación o de su renovación.

### **AUSENCIA DE MÁS HOSPITALIZACIONES TRAS EL DEBUT DIABÉTICO**

Como decíamos la Diabetes tipo 1 aparece en el listado de enfermedades graves de la norma por lo que es un paso obvio pero eso no significa el reconocimiento inmediato del derecho. En el caso de la Diabetes tipo 1 en edad pediátrica casi siempre conlleva un ingreso hospitalario de larga duración, mayor o menor, pero ha de quedar claro que no es requisito imprescindible la hospitalización ni tampoco existen un número de días mínimo.

Además, después de la hospitalización lo más habitual es que, siguiendo adecuadamente el tratamiento y aunque haya alteraciones en el control metabólico, no se llegue a requerir más hospitalizaciones por este motivo salvo contadas excepciones, argumento que se ha usado en alguna ocasión para denegar la prestación o la renovación de la misma.



## **El argumento de que no existen hospitalizaciones posteriores a la del diagnóstico consecuencia de la enfermedad no tiene consistencia pues ha quedado acreditado por varias vías que el cuidado en domicilio o fuera del centro hospitalario puede avalar igualmente la concesión o renovación de la prestación.**

El argumento de que no existen hospitalizaciones posteriores a la del diagnóstico consecuencia de la enfermedad no tiene consistencia pues ha quedado acreditado por varias vías que el cuidado en domicilio o fuera del centro hospitalario puede avalar igualmente la concesión o renovación de la prestación.

En primer lugar porque existe una petición de la Defensora del Pueblo, que envió a la Secretaría de Estado de Administraciones Públicas en la que aconsejaba al Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas que se reexaminara y en su caso se modificara el criterio interpretativo expresado por la División de Consultoría, Asesoramiento y Asistencia de Recursos Humanos de la Dirección General de Función Pública en el sentido de admitir la posibilidad de que, en el caso de enfermedad grave que no sea cáncer, quepa considerar como ingreso hospitalario de larga duración la continuación del tratamiento o cuidado del menor tras el diagnóstico de la misma, sin que se exija sistemáticamente que el ingreso hospitalario prolongado y la necesidad de cuidado directo, continuo y permanente sean circunstancias que hayan de darse simultáneamente.

Esta petición fue atendida y la Dirección General de la Función Pública en resolución de 26/3/2013 dictó nuevas instrucciones en las que quedaba claro que en el supuesto de enfermedad grave el per-

miso (en este caso hablamos de personal al que se le aplica el EBEP (iii) y que además no están adscritos al Régimen General de Seguridad Social) se podría otorgar tanto para el período de hospitalización como para el tratamiento continuado fuera del centro.

En segundo lugar porque el 8 de julio pasado aparecía en prensa la noticia de que el Ministerio de Empleo y Seguridad Social emitió el viernes anterior a la noticia (4/7/2014) una Circular (iv) en la que se establece que no hay un límite de tiempo entre los períodos de hospitalización y de cuidado directo del menor para tener derecho a la ayuda. Precisa que no es necesario que este cuidado sea equivalente al que se da en los centros sanitarios y descarta que la escuela sea un motivo para que la prestación se extinga, siempre que no indique una mejoría “de entidad suficiente”.

De nuevo nos surgen dudas:

¿Cuál es una mejoría de entidad suficiente? ¿Un mejor control metabólico o una mejor cifra de hemoglobina glicosilada? Algo que no se consigue sin duda sin el esfuerzo de los progenitores o cuidadores además del menor.

Entendemos que esto puede contradecir lo establecido en el artículo 7 apartado 3,b) del RD 1148/2011, donde se establecen entre otras causas de extinción del subsidio:



“Por no existir la necesidad del cuidado directo, continuo y permanente del menor, debido a la mejoría de su estado o a alta médica por curación, según el informe del facultativo del Servicio Público de Salud u órgano administrativo sanitario de la Comunidad Autónoma correspondiente, responsable de la asistencia sanitaria del menor”.

En tercer lugar porque incluso las sentencias denegatorias, en tribunales superiores de justicia que existen hasta ahora, no se basan para denegar la prestación en el hecho de la diferencia entre hospitalización y cuidado fuera del centro hospitalario o en domicilio sino más bien en la falta de prueba de los requisitos (algo básico en cualquier procedimiento judicial).

### **EDAD**

Por otro lado la edad será un elemento determinante, mientras que la norma habla de que puede concederse hasta los 18 años varias sentencias no avalan la petición de prestación en el caso de menores con 10 y 11 años, y es que es difícil imaginar que con esa edad no se asiste en horario completo a clase, actividades extraes-

colares, e incluso se adquiere cierta autonomía, aun cuando ésta no esté exenta de riesgos.

En estos casos, y a pesar de que la edad fuera más avanzada, también puede tenerse en cuenta el caso de un reciente diagnóstico y el tiempo necesario para la adaptación a los cuidados y entrenamiento necesario por parte del menor, y cuidadores, en la vigilancia de la enfermedad.

Sin embargo en el caso de menores de 4 y 5 años se concede, pero no sólo por el hecho de la edad, sino porque el menor no puede quedarse al comedor del colegio, por no haber nadie que analice, evalúe la situación y le inyecte la insulina, etc.

Aun cuando el menor pudiese quedarse al comedor por tener un servicio de enfermería o similar, algo que sería de agradecer en cada centro escolar, también habría que tener en cuenta el horario de los progenitores, si éste es compatible o no con el horario escolar. En otro caso fue concedida fue porque el horario del padre es rotatorio a turnos mientras que el de la madre es similar, lo que hace

ineludible la reducción, unido a los 5 años y el escaso tiempo desde el diagnóstico en diabetes tipo 1.

### **REDUCCIÓN EXCLUSIVA PARA LLEVAR A CABO EL CUIDADO CONTINUO, DIRECTO Y PERMANENTE**

En cualquier caso ha de ser demostrado (y es algo que en las sentencias denegatorias no parece haber quedado avalado por las pruebas presentadas) que la reducción de jornada se realiza exclusivamente para llevar a cabo ese cuidado directo, permanente y continuo del menor. Esto último unido a que para tener el derecho la reducción ésta ha de ser de al menos del 50% (aun cuando se cumplan todos los requisitos no se puede pedir una reducción menor del 50%) obliga a estudiar detenidamente las posibilidades así como demostrar todo eso mediante los oportunos certificados, de empresa de ambos progenitores, del colegio, del centro hospitalario y/o servicio público de salud, etc. (v)

Se ha argumentado en sentencias que la tecnología actual permite al paciente de diabetes llevar una vida normalizada (vi) llevando

el tratamiento, algo que no deja de ser cierto, por ello el informe ha de hacer hincapié en la gravedad de la enfermedad, el tratamiento y cuidado intensivo de manera detallada, las consecuencias en el caso de no seguirlo y también (por muy evidente que nos parezca) en la incapacidad del menor de llevar a cabo toda esa gestión por ausencia todavía de madurez mental.

### **INFORMES DEL SERVICIO DE SALUD PÚBLICO**

Otro detalle a tener en cuenta es que la acreditación de la enfermedad así como la necesidad de cuidado directo, continuo y permanente del menor durante el tiempo de hospitalización y tratamiento continuado de la enfermedad fuera del centro hospitalario se efectuará mediante declaración

cumplimentada por el facultativo del Servicio Público de Salud u órgano administrativo sanitario de la Comunidad Autónoma correspondiente, por lo que no valdría un informe de perito o médico de carácter privado.

Además estos informes del servicio público están admitidos con valor probatorio sin necesidad de que asista el profesional a ratificarlos en el caso de un procedimiento judicial.

### **RENOVACIONES**

El subsidio se reconoce por un plazo inicial de un mes, prorrogable por periodos de dos meses cuando subsista la necesidad del cuidado directo, continuo y permanente del menor, con lo que queda claro que tiene vocación de finalizar por lo que se ha de cumplir con los requisitos establecidos

siempre que seamos requeridos para ello y no basta con el alegato de que la diabetes es crónica, ya que la prestación se otorga no sólo por padecer diabetes tipo 1 sino por la concurrencias de varios factores y cumplimiento de varios requisitos.

Como conclusión diremos que se va aclarando vía judicial varios aspectos que no estaban claros, y que aún siguen sin estarlo, en la norma, no obstante y ante la duda estamos a vuestra disposición para cualquier consulta.

## Aclaraciones - Biografía

· (i) Por orden cronológico:

TSJ de Castilla y León (Sede Valladolid) Sala de lo Social, sección 1ª (6/3/2013).

TSJ de Cataluña. Sala de lo Social, sección 1ª (15/10/2013).

TSJ de Cataluña. Sala de lo Social, sección 1ª (22/1/2014).

TSJ de Castilla y León (Sede Burgos) Sala de lo Social, sección 1ª (20/3/2014).

TSJ de Castilla y León (Sede Valladolid) Sala de lo Social, sección 1ª (30/4/2014).

· (ii) Por orden cronológico:

Sentencia 492/12 del Juzgado de lo Social nº 29 de Madrid.

Sentencia 196/14 del Juzgado de lo Social nº 33 de Madrid.

Sentencia 291/14 del Juzgado de lo Social nº 6 de Bilbao.

· (iii) Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público.

· (iv) [http://ccaa.elpais.com/ccaa/2014/07/07/catalunya/1404758717\\_806361.html](http://ccaa.elpais.com/ccaa/2014/07/07/catalunya/1404758717_806361.html)

· (v) Por ejemplo no se acepta como argumento los controles nocturnos o incluso algún caso en el que el progenitor tiene que ir a mediodía a inyectar la insulina, en el primer caso porque obviamente no coincide con el horario laboral y por lo tanto no necesita reducción de jornada y en el segundo porque es un hecho puntual en el que no se llega al 50% de reducción mínima establecido por la norma.

· (vi) Es más, no sólo la niña desarrolla una vida normal gracias al tratamiento suministrado tanto durante la jornada escolar como en el tiempo de descanso en casa (hecho probado tercero), sino que es notoriamente conocido que el estado de la ciencia ha permitido a los enfermos insulino-dependientes llevar unos ritmos de vida ordinarios, gracias a mecanismos tales como las bombas de insulina, los bolígrafos auto inyectables, o las variedades de insulina de acción rápida y lenta, cuya combinación permite a los facultativos pautar dosis adecuadas al tipo de vida de cada paciente, obteniendo resultados altamente satisfactorios; todo ello y sin perjuicio de episodios puntuales de descompensación que son reconducidos normalmente de manera rápida y eficaz por los especialistas. En conclusión, la edad de la paciente (apta para controlar su medicación y nivel de glucemia dada la simplicidad de los mecanismos de suministro) y la falta de concurrencia de los presupuestos exigidos por la norma para la consumación del hecho causante generador del derecho que se reclama, impone la desestimación del recurso examinado.



# guía del pie diabético

## ¿Sabías que...?

- La posibilidad de que una persona con diabetes desarrolle una herida o úlcera de pie diabético es de entre el 15% y el 25%.
- La obesidad, la hipertensión o el tabaquismo son factores que multiplican por 4 la posibilidad de desarrollar este tipo de heridas.
- Las úlceras de pie diabético son la primera causa de hospitalización de personas con diabetes, y la amputación de la extremidad (mayor o menor) es su principal complicación.
- Las estadísticas indican que el 85% del total de amputaciones que se realizan están directamente relacionadas con las heridas de pie diabético.
- Es posible una curación completa en aproximadamente el 90% de todas las úlceras mediante una atención adecuada, basada en un enfoque multidisciplinar.
- Seguir los cuidados y consejos de prevención es esencial, ya que después de superar una primera úlcera, en el 50% de los casos vuelve a aparecer de nuevo en un período de dos años, y en un 70% en 5 años.

**Fuente:** <http://www.fundaciondiabetes.org/>  
La guía del pie diabético

Esta guía ha sido creada bajo un enfoque integral por un equipo clínico multidisciplinar, con el objetivo de proporcionar información al paciente sobre la prevención y el cuidado de las úlceras de pie diabético.

## 1. EL SÍNDROME DEL PIE DIABÉTICO.

Nuestros pies están sometidos a un trabajo continuo, soportan el peso del cuerpo y van encerrados en el calzado. Para su buen funcionamiento, los pies necesitan una adecuada circulación sanguínea, percibir muy bien las sensaciones (el tacto, el dolor, la temperatura...), y tener un correcto apoyo al caminar.

Cuando se trata de los pies de una persona con diabetes, pueden existir ciertas complicaciones. Habitualmente, y como consecuencia de la misma diabetes, los vasos sanguíneos se hacen más estrechos, reduciendo el flujo sanguíneo y los nervios se deterioran, disminuyendo la sensibilidad y alterando la anatomía del pie.

Esto, a grandes rasgos, se conoce como síndrome del pie diabético y predispone a padecer heridas o úlceras que, junto a otros factores de riesgo que veremos más adelante, serán de lenta y difícil curación.

Las úlceras de pie diabético son la primera causa de hospitalización de personas con diabetes, y la amputación (mayor o menor) es la principal complicación, cuya relación con una úlcera es del 85%. Sin embargo, es posible una curación completa en aproximadamente el 90% de todas las úlceras mediante una atención adecuada, basada en un enfoque multidisciplinar. Por esta razón, es crucial realizar un buen plan de prevención basado en un diagnóstico.



## 2. TENGO DIABETES ¿VOY A SUFRIR UNA ÚLCERA?

La posibilidad de que una persona con diabetes desarrolle una herida o úlcera de pie diabético es de entre el 15% y el 25%. El riesgo aumenta cuando la diabetes está mal controlada o se suman otros factores como la obesidad, la hipertensión o el tabaquismo. Incluso sin presentar una úlcera, el pie de una persona con diabetes será siempre de alto riesgo si además padece otros factores de riesgo como la falta de sensibilidad, una mala circulación sanguínea o la presencia de deformidades en los pies.



Por ello, su médico procurará que tanto el nivel de azúcar como el de otros factores de riesgo como el sobrepeso, la tensión y el nivel de grasas en sangre (colesterol y triglicéridos) estén bien controlados, y le animará a practicar ejercicio, seguir una dieta equilibrada y dejar el tabaco en caso de que fume.

Tanto en caso de aparecer una úlcera o herida, como ante un pie de riesgo, si sigue las recomendaciones que le dará su médico, enfermera o podólogo, la posibilidad de desarrollar complicaciones disminuirá considerablemente.

## 3. ¿QUÉ CUIDADOS BÁSICOS PUEDO SEGUIR EN CASA?

### · ASPECTO DE LOS PIES

- **Inspeccionar los pies a diario:** Buscar si hay rozaduras, hinchazones, cortes, llagas, ampollas, sequedad, callos o durezas. Estar alerta ante la presencia de “juanetes” u otras deformidades de los pies.

- **Revisar las uñas:** Que las uñas sean de color oscuro, con aspecto laminar o engrosadas, puede indicar que hay una infección.

- **Vigilar los cambios de temperatura y del color de la piel:** Un pie frío, azulado o pálido puede indicar mala circulación; mientras que un aumento inusual de temperatura o el enrojecimiento puede tener relación con la inflamación de la zona o incluso una infección.

### · HIGIENE

- **Lavar los pies todos los días no más de 10 minutos.** Con agua templada y con jabón neutro. Secar muy bien, especialmente entre los dedos, aplicando presión pero sin frotar.

- **Evitar cortar las uñas:** En lugar de cortarlas, se deben limar en horizontal y con lima de cartón, como mínimo una vez por semana. Cortar las uñas demasiado o cortar las esquinas puede provocar que crezcan hacia la piel (uñas encarnadas), lo que puede favorecer la infección. Si tiene dificultades para cortar sus uñas acuda a un podólogo.

- **No utilizar cuchillas,** callicidas ni productos irritantes. No se abra las ampollas ni corte las cutículas. Si tiene callos o durezas acuda a un podólogo.

- **Aplicar crema hidratante,** pero nunca entre los dedos. La piel es la primera barrera protectora del pie. Mantenerla sana e hidratada, sobretodo en los pies secos y agrietados, ayudará a prevenir heridas e infecciones.

### · CALZADO

- **Revise el interior del calzado antes de ponérselo.**

- **Cambiar los calcetines a diario.** Asegúrese que no aprieten demasiado, que no tengan costuras y que no sean de tejidos sintéticos.

- **Calzar zapatos cómodos.** Utilice de manera gradual los zapatos nuevos. El calzado debe ser cómodo y no oprimir los dedos. Evitar los tacones altos y los acabados en punta.

- **Usar plantillas a medida.** Si su médico o podólogo le comentan que su forma de apoyar el pie no es correcta, debe utilizar plantillas a medida.

### · PELIGROS

- **No caminar descalzo** Ni en la playa ni por casa, especialmente por superficies calientes.

- **Ni frío ni calor** No ponga mantas eléctricas, bolsas de agua caliente ni hielo en contacto con los pies. Evite la exposición al sol, y use calcetines por la noche si tiene frío en los pies. Nunca seque sus pies con un secador de pelo.

### · MANTENER LA DIABETES A RAYA.

- **Practicar ejercicio regularmente.** Debe practicar ejercicio con frecuencia, salvo contraindicación de su médico. Por ejemplo, caminar media hora cada día, mejorará la circulación sanguínea en sus pies.

- **Seguir una dieta equilibrada.** Comer sano y controlar rigurosamente los niveles de azúcar.

## 4. ¿CUÁNDO ACUDIR A LA CONSULTA?

1. Si tiene alteraciones en la forma de los pies, como por ejemplo, juanetes, dedos en garra o martillo y callos.

2. Si sus uñas están encarnadas, deformadas o con un aspecto fuera de lo normal.

3. Si tiene limitaciones en la movilidad del pie.

4. Si aparecen en sus pies heridas, llagas, rozaduras o ampollas.

5. Si nota cambios en la sensibilidad en los pies o piernas, especialmente por la noche. Explíquese a su médico, detallando especialmente los siguientes conceptos:

### ¿Cómo es la molestia?

Quemazón  Hormigueo

Entumecimiento  Calambres

Dolor

### ¿Cuándo se produce?

De día  De noche

### ¿En qué parte del cuerpo?

Pies  Pantorrillas

Cualquier otra localización

### ¿Cuándo desaparece?

Al caminar  Al ponerme de pie

Al realizar ejercicio

## ¡RECUERDE!

Un diagnóstico precoz es muy importante. Si su médico observa una úlcera o considera que tiene un pie de alto riesgo le remitirá a una unidad especializada.

## 5. SUFRO UNA ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO... ¿QUÉ DEBO HACER?

Si usted llega a desarrollar una úlcera, deberá ser urgentemente enviado a un especialista en pie diabético, para tratar de manera correcta y precoz los posibles factores de riesgo.

Con la atención adecuada, el 90% de los pacientes con úlceras de pie diabético llega a recuperarse, aunque un buen pronóstico depende en

gran medida de su estado general de salud y del correcto seguimiento del tratamiento pautado. Para evitar complicaciones, y al mismo tiempo, mejorar la cicatrización de la herida, es muy importante que:

• Tome la medicación prescrita por su médico.

• Mantenga una alimentación sana.

• Deje de fumar, si lo hace.

• Controle el sobrepeso mediante una actividad física moderada.

## 6. ¿QUÉ FACTORES DE RIESGO ME PUEDEN PERJUDICAR?

Los factores de riesgo determinantes en el pronóstico y la evolución de lesiones en un pie diabético son: **la falta de sensibilidad** (neuropatía) y **la insuficiente circulación sanguínea** (enfermedad vascular periférica o EPV). También se debe prestar especial atención ante la **infección de la herida**, ya que puede pasar desapercibida y agravarse en caso de presentarse los factores de riesgo antes comentados. Veámoslo en detalle:

### A) Disminución o pérdida de sensibilidad

El término clínico para esta alteración es neuropatía, y es el factor de riesgo más frecuente en las personas con diabetes. Consiste en una afectación de los nervios, generalmente como consecuencia de un mal control de los niveles de azúcar, que puede derivar en una pérdida de la sensibilidad (neuropatía sensorial), y/o alteraciones funcionales en el pie (neuropatías autonómica y motora).

La falta de sensibilidad en los pies provoca que no sienta dolor, y por tanto, no reaccione ante estímulos normalmente dolorosos como un roce excesivo en el calzado, un punto de presión continuo causado por algún cambio en la morfología del pie, una exposición excesiva a fuentes de frío o calor (braseros, estufas, etc.), la piel agrietada o una ampolla. Estas agresiones pueden provocar fácilmente la aparición de una úlcera o herida que será difícil de cicatrizar, la cual podrá verse

agravada con rapidez ante la dificultad en la percepción de las señales de alarma en respuesta a complicaciones como la infección.

### • Exploraciones habituales •

1. Su médico comprobará si padece algún tipo de **falta de sensibilidad en sus pies** mediante sencillas exploraciones indoloras:

• **Prueba con el monofilamento Semmes-Weinstein:** Se realiza aplicando un pequeño filamento en distintas áreas de los pies para comprobar su sensibilidad.

• **Diapasón:** Es un dispositivo para comprobar la sensibilidad a la vibración.

• **Biotensiómetro:** Aparato para evaluar la sensibilidad vibratoria.

2. También deberá evaluar **deformidades en el pie causadas por la neuropatía motora** (desde dedos contraídos hasta alteraciones más severas). Estas deformidades pueden modificar los apoyos del pie y los puntos de contacto con el calzado, lo cual también puede favorecer la aparición de heridas y dificultar su posterior cicatrización. Para un mejor diagnóstico, pueden requerirse pruebas complementarias como:

• **Rayos X:** Para ver la estructura de los huesos y buscar deformidades (en especial, una alteración conocida como Pie de Charcot).

• **Resonancia Magnética:** Si el médico sospecha que una alteración vista en los rayos X se puede deber a una infección del hueso (osteomielitis), utilizará la resonancia magnética para establecer un diagnóstico adecuado, y un tratamiento específico.

3. La presencia de piel seca agrietada, durezas (hiperqueratosis) o callosidades es indicativo de **neuropatía autonómica**. Estas grietas o durezas favorecen la formación de heridas y dificultan su posterior cicatrización. Aspectos que, sumados a la disminución de defensas naturales como el sudor, pueden favorecer una mayor exposición a las infecciones.

### B) Mala circulación sanguínea

A menudo, las personas con diabetes padecen constricción y falta



de elasticidad en los capilares y vasos sanguíneos pequeños (microangiopatía), que en ocasiones va unida a una enfermedad vascular de los grandes vasos sanguíneos (arterias) por debajo de la rodilla (macroangiopatía).

El término clínico para esta alteración es enfermedad vascular periférica (EVP) y produce, en consecuencia, un aporte deficiente de oxígeno (hipoxia), o que no llegue una cantidad suficiente de sangre (isquemia) a los pies.

Algunos de los síntomas que pueden indicar la presencia de esta enfermedad vascular son el dolor o los calambres en las piernas. También un aspecto pálido o un color azulado de la piel, la temperatura fría o la falta de vello pueden indicar mala circulación.

#### - Exploraciones habituales -

La prueba más habitual para determinar si el aporte de sangre es el correcto es palpar el pulso en el pie o medir el índice tobillo-brazo, es decir, comparar la presión arterial de sus tobillos con la de sus brazos con un aparato llamado doppler.

Su médico también realizará otras pruebas para comprobar el nivel de oxígeno de la sangre que llega a sus pies.

Tenga en cuenta que un aporte de sangre u oxígeno insuficiente complicaría la cicatrización de la herida y, por lo tanto, la probabilidad de una buena respuesta al tratamiento.

Estas circunstancias también comprometen la correcta respuesta del organismo ante la infección.

Por ello, si en la exploración su médico detecta problemas en la circulación (isquemia) o en el nivel de aporte de oxígeno (hipoxia), se le remitirá a un cirujano vascular para una evaluación adicional, y si fuera necesario, una intervención para recuperar el aporte sanguíneo normal a sus pies (revascularización).

#### C) La infección de la herida

Debe tener en cuenta que las personas con diabetes a menudo tienen un **sistema inmunitario debilitado** y, por tanto, las infecciones son complicaciones comunes en úlceras de pie de diabético. A su vez, las infecciones están íntimamente relacionadas con un mal pronóstico y suponen un riesgo potencial para su seguridad.

El diagnóstico de una infección puede resultar complicado para los profesionales sanitarios, ya que en ocasiones no existen signos clínicos evidentes. Además, **la falta de sensibilidad en el pie oculta la intensidad del dolor** que usted pueda sentir, disminuyendo o retrasando su alarma ante esta complicación. Es por ello que se **debe estar muy alerta ante cualquiera de los posibles síntomas de infección** (dolor, fiebre, enrojecimiento, inflamación, pus, olor, etc.), o incluso si aparecen signos más sutiles como el **deterioro de la herida y/o dolor en un pie normalmente indoloro**.

Ante la sospecha de infección o cuando su herida haya permanecido abierta durante períodos de tiempo extendidos y/o no haya respondido a las terapias locales de forma adecuada, su médico puede **tomar una muestra del tejido para realizar un cultivo** (biopsia) y recetarle un antibiótico. Si la infección no se detecta a tiempo, es posible que pueda evolucionar rápidamente a una infección profunda y derivar en infecciones graves como la **gangrena**. En ocasiones la infección incluso puede afectar al hueso que hay detrás de la úlcera (osteomielitis), situaciones que pueden requerir un tratamiento quirúrgico o **amputación (menor**, si afecta sólo a dedos o pie; o **mayor**, cuando afecta a la extremidad). Para diagnosticar o descartar la infección del hueso se puede realizar la llamada prueba de sonda-a-hueso, en combinación con rayos X (radiografía de la zona afectada).

El correcto control de la infección resultará así un aspecto clave para evitar la necesidad de amputación. En los casos más extremos donde ésta fuera necesaria la decisión deberá ser tomada lo antes posible, puesto que la eliminación quirúrgica de la parte del hueso que se haya visto afectada (amputación menor), si se detecta a tiempo, puede ayudar a evitar que se vea implicado todo el pie o la extremidad, evitando así la necesidad de una amputación mayor.

**¡IMPORTANTE!**  
Si usted tiene fiebre, dolor, detecta mal olor en su herida u otro síntoma alarmante, debe acudir urgentemente al hospital para una evaluación de emergencia.



## 7. ¿QUÉ OPCIONES EXISTEN PARA TRATAR MI HERIDA?

Existen diferentes opciones para el tratamiento de una úlcera de pie diabético. Su especialista optará por la terapia o la combinación de terapias más apropiadas para su caso.

### A) Eliminación de tejidos no viables

Se trata de limpiar la herida eliminando los tejidos no viables de la úlcera (tejidos muertos) y los bordes de la lesión (durezas o hiperqueratosis), ya que pueden interferir en el proceso de cicatrización. Esta técnica se conoce como desbridamiento y existen diferentes maneras de relizarlo:

- Cortando el tejido con bisturí (**desbridamiento quirúrgico**).
- Aplicando cremas que realizan un proceso químico que los elimina (**desbridamiento enzimático**).
- Mediante geles o apósitos que aportan humedad (hidrogeles) que favorecen su eliminación (**desbridamiento autolítico**).
- Realizando lavados o hidrocirugía con dispositivos especiales para este propósito (**desbridamiento mecánico**).

### B) Descarga de la presión

El alivio de presión en la zona afectada u otras zonas de riesgo representa la **terapia más importante en el tratamiento de su úlcera** de pie diabético. Un **dispositivo de descarga** es, por ejemplo, el yeso de contacto total, una férula para caminar, rellenos de fieltro o espuma, ortoprótesis de silicona o zapatos terapéuticos especiales.

Su médico debe elegir la mejor solución en función de su eficacia, seguridad, accesibilidad y de la compatibilidad con el cuidado local. Sin **una correcta descarga de la presión** que recibe la úlcera, **las probabilidades de curación son muy bajas**.

### C) Evaluación semanal de la herida

Para tener un buen control del progreso de cicatrización es necesario que su especialista mida su herida y realice una fotografía al menos una vez por semana.

De esta manera se puede valorar el porcentaje de reducción de la herida durante las cuatro primeras semanas tras iniciar un tratamiento. Si pasado este tiempo no hay un progreso adecuado (disminución de la superficie en un 50%), es indicativo de una mala evolución y podría significar la presencia de complicaciones como la falta de aporte sanguíneo (isquemia o hipoxia) o una infección. Ante esta situación se requerirá reevaluar el diagnóstico y el tratamiento aplicado.

### D) Tratamiento a nivel local

Existe una serie de productos, generalmente apósitos, que pueden aplicarse directamente sobre la úlcera para cubrir y proteger la herida, y favorecer su cicatrización. Según cada caso, su especialista podrá optar por: Apósitos de espuma de poliuretano: Para cubrir y proteger la herida de agresiones externas. Además, crean un ambiente apropiado para la curación de la úlcera, controlando la temperatura y la supuración de la herida (exudado). Apósitos antimicrobianos: Incorporan plata o cadexómero yodado para prevenir y controlar las infecciones. Su médico además puede recetarle un antibiótico como tratamiento combinado. Terapia de Presión Negativa: Si la herida es grande o profunda se puede aplicar un sistema llamado terapia de presión negativa (TPN) para acelerar la cicatrización. Productos basados en el colágeno: Los productos basados en colágeno han demostrado aumentar la velocidad y la probabilidad de cicatrización en heridas de pie diabético porque controlan unos mecanismos de respuesta inflamatoria que genera el propio organismo y pueden retrasar la cicatrización (proteasas inflamatorias). Una herida con elevada actividad de proteasas inflamatorias tiene muchas probabilidades de no cicatrizar sin el tratamiento adecuado. Actualmente se han desarrollado tests de diagnóstico capaces de detectar el exceso de actividad de estas proteasas inflamatorias en pocos minutos a partir de una muestra de exudado de la herida. Terapias avanzadas: Métodos como las terapias de oxígeno hiperbárico, substitutos

cutáneos o factores de crecimiento, pueden resultar de ayuda a la cicatrización una vez la enfermedad vascular y la infección han sido descartadas y/o tratadas correctamente.

## 8. ¿CUÁNDO SE CURARÁ MI ÚLCERA?

El tiempo en el que su úlcera llegará a cicatrizar, como hemos visto, depende de muchos factores. Aún así, **es posible una curación completa en el 90% de todas las úlceras si se sigue un tratamiento multidisciplinar en unidades o centros especializados** (enfermera, podólogo, médico de su centro de salud, endocrino, cirujano vascular, etc.) y se **adopta un estilo de vida adecuado**. De esta manera, la posibilidad de complicaciones se reducirá, ayudando a que su herida se cure más rápidamente.

### ¡IMPORTANTE!

No debe olvidar que una úlcera de pie diabético es una situación potencialmente grave: descuidar el cuidado de la herida puede derivar en la necesidad de amputación y consecuentemente la pérdida parcial o total de su extremidad.

## 9. MI ÚLCERA SE HA CURADO, PERO ¿PUEDE VOLVER A APARECER?

Aproximadamente el 50% de los pacientes vuelven a sufrir una úlcera de nuevo en un período de 2 años, y un 70% en 5 años. Este porcentaje se puede reducir con un programa de prevención basado en:

- Un estilo de vida correcto (una alimentación sana, no fumar, controlar el sobrepeso, etc.).
- La utilización de un calzado apropiado.
- El alivio correcto de la presión en las zonas de riesgo, mediante el uso de plantillas ortopédicas a medida (prescritas por un especialista en pie diabético).
- Un seguimiento minucioso con visitas de control frecuentes al especialista de pie diabético.

## 10. GLOSARIO

### B

•**Biopsia:** Prueba diagnóstica que consiste en la extracción de una muestra total o parcial de tejido para ser examinada al microscopio.

### C

•**Cadexómero yodado:** Principio activo de efecto cicatrizante indicado en heridas exudativas con signos de infección.

•**Colágeno:** Proteína presente en el cuerpo humano, esencial para la formación y el buen funcionamiento de tejidos, órganos y huesos.

•**Colesterol:** Tipo de grasa natural presente en los tejidos corporales. Cuando existe en exceso, se deposita en las arterias, pudiendo causar aterosclerosis, accidente cerebrovascular y enfermedad vascular periférica.

### D

•**Depresión inmunológica:** Cuando los mecanismos de defensa de una persona funcionan por debajo de los índices normales, aumentando el riesgo de sufrir infecciones por microorganismos.

•**Desbridamiento:** Eliminación del tejido muerto, dañado o infectado para favorecer la cicatrización del tejido restante.

•**Dispositivo de descarga:** Aparatos utilizados en ortopedia para aliviar el peso y presión que debe aguantar el pie. Suelen ser plantillas o férulas, calzado especial, andadores o bastones.

•**Doppler:** Dispositivo utilizado para realizar la prueba diagnóstica “índice tobillo-brazo”.

### E

•**Enfermedad Vascular Periférica (EVP):** Daño u obstrucción en los vasos sanguíneos más alejados del corazón que impide la correcta circulación sanguínea en piernas y/o brazos.

•**Exudado:** Término clínico que define el conjunto de sustancias o líquidos que supuran de lesiones o heridas especialmente durante un proceso inflamatorio.

### H

•**Hidrocirugía:** Técnica quirúrgica que utiliza un fino chorro de agua a alta velocidad para un desbridamiento quirúrgico preciso.

•**Hidrogeles (apósitos):** Tipo de material en forma de gel cuya composición principal es el agua. Es empleado para hidratar tejidos necróticos des-

hidratados y favorecer su eliminación (desbridamiento).

•**Hiperqueratosis:** Engrosamiento de la capa externa de la piel a consecuencia de un aumento de roce o presión en esa zona.

•**Hipoxia:** Falta de oxígeno en los tejidos del cuerpo.

### I

•**Índice tobillo-brazo:** Prueba diagnóstica que se utiliza para saber si es correcto el flujo sanguíneo que llega a través de las arterias a las piernas y los pies, al compararlo con el que llega a brazos y manos.

•**Infección:** Contaminación de la herida causada por un/unos microorganismo/s patógeno/s (bacterias, hongos) que genera un daño a la persona afectada y una respuesta de las defensas del organismo. Requiere tratamiento.

•**Isquemia:** Condición que impide que la sangre alcance de forma correcta los órganos y tejidos del cuerpo.

### M

•**Macro-angiopatía:** Complicación que se produce en las arterias de calibre mediano y grande donde existe una obstrucción del flujo sanguíneo principalmente causada por depósitos de grasa y coágulos sanguíneos (aterosclerosis). Más típica de la diabetes tipo II, puede afectar a corazón, cerebro, y extremidades (Enfermedad vascular Periférica).

•**Micro-angiopatía:** Complicación que se produce en los vasos sanguíneos de pequeño calibre (capilares, arteriolas y vénulas) y conlleva una disminución en la microcirculación sanguínea. Más típica de la diabetes tipo I, suele afectar a ojos, riñones, y supone un factor de riesgo en Pie Diabético.

### N

•**Neuropatía:** Lesiones en los nervios causadas por una disminución del flujo sanguíneo y por los altos niveles de azúcar en la sangre.

•**Neuropatía sensorial:** Lesión nerviosa que provoca insensibilidad o entumecimiento en los pies.

•**Neuropatía autonómica:** Lesión nerviosa que reduce la sudoración del pie y provoca sequedad en la piel e hiperqueratosis.

•**Neuropatía motora:** Lesión nerviosa que provoca debilitamiento de los músculos del pie, pudiendo causar deformidades en el pie como dedos contraídos.

### O

•**Osteomielitis:** Infección de un hueso

causada normalmente por bacterias.

### P

•**Pie de Charcot:** Deformidad avanzada del pie provocada por un debilitamiento repentino de los huesos del pie, que puede presentarse en personas con una importante lesión nerviosa (neuropatía).

•**Plata (apósitos):** Tipo de material que por sus características antimicrobianas se utiliza en el tratamiento de heridas para combatir la infección.

•**Proteasas inflamatorias:** Mecanismos de respuesta que genera el propio organismo ante la presencia de un proceso inflamatorio y están presentes en úlceras o heridas que no cicatrizan correctamente.

•**Prueba de sonda-a-hueso:** Exploración que permite diagnosticar si en una úlcera o herida, la infección ha llegado al hueso.

### R

•**Rayos X:** Técnica diagnóstica que permite visualizar una imagen a través de un cuerpo opaco e imprimirla en una película fotográfica.

•**Revascularización:** Técnica quirúrgica que permite aumentar el aporte de oxígeno al pie.

### T

•**Terapia de presión negativa (TPN):** Tecnología no invasiva que mediante el uso de diferentes dispositivos aplica una determinada fuerza de aspiración sobre la herida, favoreciendo el aporte sanguíneo y estimulando la cicatrización.

•**Tratamiento multidisciplinar:** Combinación de terapias proporcionadas por diferentes especialistas sanitarios (enfermera, podólogo, médico del centro de salud, endocrino, cirujano vascular, etc.) que asegura un tratamiento global de las diferentes complicaciones del pie diabético.

•**Triglicéridos:** Tipo de grasa natural presente en los tejidos corporales. Un exceso en este tipo de grasa puede contribuir al endurecimiento y el estrechamiento de las arterias.

### U

•**Unidad de Pie Diabético:** Servicio dentro de una clínica u hospital formado por un equipo de profesionales sanitarios con diferentes perfiles necesarios para el correcto abordaje del pie diabético mediante estrategias de educación, prevención, tratamiento y reinserción de las personas que padecen Diabetes Mellitus.

# Cómo lograr un buen autocontrol glucémico



Mediante un medidor de glucosa podemos obtener **información esencial sobre los niveles de azúcar en sangre y ver cómo va cambiando** (según estilo de vida, alimentación, realización de ejercicio, estrés, tratamiento...)

Para obtener un buen control, se deben mantener los **niveles de glucosa dentro de la normalidad.**

No todas las personas con diabetes deben hacerse el mismo número de análisis, dependerá principalmente de:

- tipo de diabetes
- tratamiento
- y práctica de ejercicio físico

El equipo sanitario ayudará a decidir **cuándo** y **con qué frecuencia** deben hacerse estos controles.



## Objetivos de control

SEGÚN LA AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA 2013)

Tipo de pacientes con diabetes	Niños 0-6 años	Niños 6-12 años	Niños 13-19 años	Adultos	Embarazadas con diabetes	Diabetes Gestacional
En ayunas, al levantarse	100-180 mg/dL	90-180 mg/dL	90-130 mg/dL	-	-	-
Antes de comer (Glucemia Preprandial)	110-200 mg/dL	100-180 mg/dL	90-150 mg/dL	70-130 mg/dL	60-99 mg/dL*	≤ 95 mg/dL
2 horas después de las comidas (Glucemia Posprandial)	-	-	-	< 180 mg/dL	100-129 mg/dL	1h ≤ 140 mg/dL 2h ≤ 120 mg/dL
HbA1c	< 8,5% y < 7,5%	< 8%	< 7,5%	< 7%	< 6%	< 6%

\*Objetivos óptimos de glucemia en el embarazo para antes de comer, antes de acostarse y durante la noche.



Al levantarse

Antes de comer

Después de comer

Valores objetivo que deben individualizarse en función de las circunstancias de cada persona supervisadas siempre por un profesional sanitario.

Realizar un análisis de glucosa es muy sencillo. Sólo hay que seguir las pautas recomendadas por los profesionales de la salud.

# 7 Pasos para el buen control

1

Antes de hacerse el análisis, es importante **lavarse las manos con agua tibia y jabón, y secarlas bien.**

De esta manera, facilitaremos la extracción de la gota de sangre y reduciremos la posibilidad de contaminación de la muestra para la realización del control.



2



Con las manos ya limpias, **se inserta la tira reactiva en el medidor** (sistema más habitual de la mayoría de medidores de glucosa, para evitar cualquier error leer atentamente las instrucciones de cada medidor).

3

**Realizar una pequeña punción.**

Hay varias cosas que se deben tener en cuenta para que la punción sea prácticamente indolora:

- Utilizar una **nueva lanceta en cada punción.**
- Escoger un dedo diferente, **altérganlos. No se debe pinchar siempre en el mismo dedo.**
- **Pinchar solo en los laterales del dedo**, ya que no tienen tanta sensibilidad.



**¡Nunca utilices la lanceta de otra persona!**

Así se deforma una lanceta con el uso:



Después de 1 uso



Después de 4 usos



Después de 10 usos

4

**Apretar y masajear** suavemente la yema del dedo **hasta obtener una gota de sangre.**



5



**Acercar la tira al dedo para que absorba la muestra** y, en breves segundos, se obtiene el **resultado de glucosa.**

6

Con cuidado para no llenarse los dedos de sangre, **extraer la tira usada del medidor y tirarla.** Algunos medidores tienen incorporado un expulsor para evitar la manipulación de la tira contaminada de sangre.



7



**Anotar el resultado** en un cuaderno de control o en alguna de las aplicaciones existentes actualmente para móviles y tabletas.

Infografía realizada por:



-  /FUNDACIONPARALADIABETES
-  @FUNDIABETES
-  /FUNDIABETES
-  /FDIABETES

Con la colaboración de:



WWW.FUNDACIONDIABETES.ORG  
INFO@FUNDACIONDIABETES.ORG

WWW.DIABETESMENARINI.COM



# un chico muy grande

**O**s presentamos a Juan Diego García Sánchez, un sevillano (de Arahal) muy, muy especial.

Juan Diego tiene 11 años y practica atletismo desde los 8.

Este año 2014 se proclamó Subcampeón Provincial de Cross alevín masculino, tercer clasificado en el Campeonato de Andalucía disputado en Mijas, Campeón Provincial en 500 ml pista aire libre, todo en la misma categoría.

Consiguió también la cuarta mejor marca, clasificándose directa-

mente para el Campeonato de Andalucía de Pista al aire libre y no pudo optar a podium porque el día de la prueba tenía amigdalitis pero, aún así, él quiso correr y acabó en un magnífico octavo lugar.

Y ahí está este año otra vez, preparando ya el cross nuevamente con sus compañeros y deseando que empiece la temporada, para volver a viajar en autobús, jugar y disfrutar de todo lo que el atletismo le está dando.

Además, en verano, como no corre, forma parte del equipo de natación de Arahal.

**Juan Diego, joven atleta diabético con un futuro muy prometedor.**

Los fines de semana que no hay competición los dedica, junto con sus padres y su hermana Isabel (una gran deportista también), a salir a

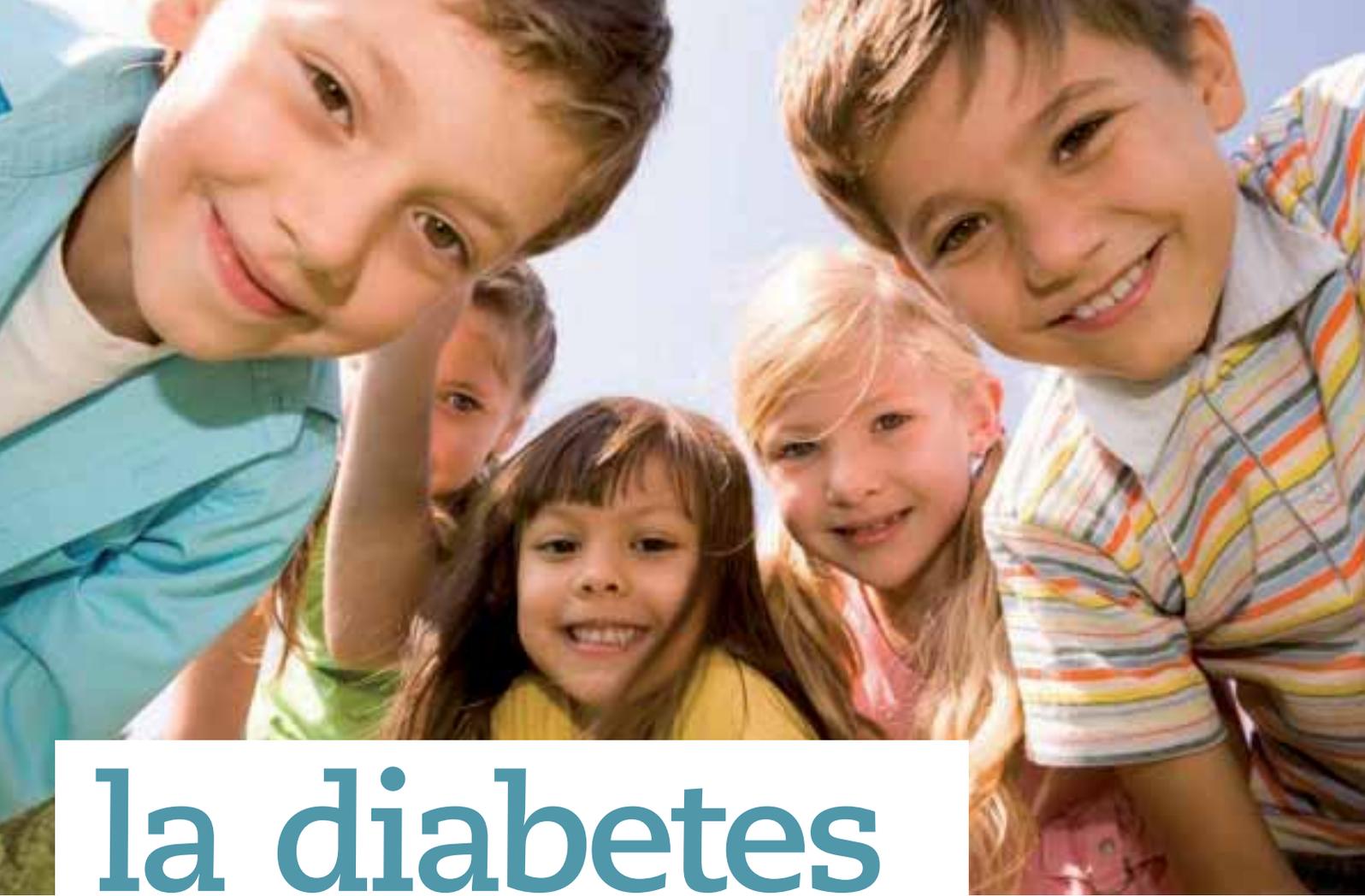


la sierra de rutas en familia, incluso colgándose las mochilas y haciendo noche en la montaña.

¡Ah!, se nos olvidaba: Este grandísimo atleta debutó con diabetes hace año y medio pero, como veis, eso no le ha impedido conseguir tantos triunfos ....y los que le quedan a este sevillano del que nosotros, la comunidad diabética granadina, nos sentimos casi tan orgullosos como sus padres.

¡Enhorabuena, Rafa y M<sup>a</sup> Luisa, de Diabetes Cero! Como decís vosotros, esperamos que otros niños se sientan identificados con él y los anime a no rendirse; esa visita inesperada que llegó para quedarse, llamada diabetes, no debe hacerles dar ni un paso atrás, al contrario, deben hacerse más fuertes y demostrar quién es el que manda.





# La diabetes hace crecer tu familia

**Diego y Bea,**  
Papás de Quique

**Cuando** poco después del debut de nuestro hijo, nos presentaron a su endocrino, lo hicieron con una frase que entonces no entendimos y que después nos ha ido acompañando, “Aquí tenéis a quien a partir de ahora será como de vuestra familia”.

Los que tenéis un niño con diabetes sabéis de que estamos hablando.....

Eso es lo que nosotros como padres pensamos de los educadores que hasta ahora ha tenido Quique. No fue fácil dar el paso pero era ne-

cesario para fomentar la autonomía de nuestro hijo.

Si buscar una guardería que cumpla con todas nuestras expectativas es un trabajo arduo, lo es aún más si tienes que explicar a todo el mundo que tu hijo tiene diabetes.

Esa fue nuestra labor al principio el curso pasado, buscar un sitio de plena confianza donde dejásemos a Quique y que él se sintiera a gusto también.

La diabetes, aunque es una enfermedad muy extendida, es también una gran desconocida, porque el referente único que se tiene so-

cialmente es que los diabéticos no pueden comer alimentos con azúcar y ya está..... y explicar en qué consiste ser diabético y que no se te salte la lagrimilla ante desconocidos es difícil.

Cuando comenzamos a buscar entonces un Centro, fuimos con todas las balas cargadas, contando desde principio a fin todos los problemas y los posibles inconvenientes con los que podían enfrentarse a la hora de tener a un niño/a diabético (que había que realizarle controles antes y dos horas después de comer, qué era una hipoglucemia, una hiperglucemia, cómo

actuar, que hubiese siempre un coche disponible para una emergencia...etc.)

Sé, porque lo veía reflejado en sus caras, que para algunos era demasiado y veían eso como un problema, igual que cuando nuestros hijos/as debutaron y todo nuestro mundo se deshizo bajo nuestros pies. Por eso hay que pisar fuerte y no dejarse llevar por los inconvenientes, y eso, fue lo que nos transmitieron en la guardería Peke Mundo, cuando nos entrevistamos con las señas.

En esta guarde la Señora Marta, había cuidado a un niño diabético y ese fue el referente con el que partimos en un primer momento. Así que formalizamos la matrícula y después en Agosto, nos entrevistamos con todas las señas para ponernos al día y ver cual iba a ser la forma de trabajar con Quique.

Lo primero que hizo la directora, Lorena, al abordar el tema fue decir: por favor, ¿me podéis hacer a mí un control de glucemia, que vea cómo es esto?

Y genial, porque esa es la actitud, saber afrontar y respetar la necesidades de cada niño/a. Desde ese momento, después de tantas vueltas, supimos que habíamos encontrado la Guardería que buscábamos. Demostraron desde el inicio empatía y sensibilidad y eso justo es lo que necesitábamos.

Cuando Quique en septiembre comenzó a ir ya de forma regular junto con todos sus compañeros, el periodo de adaptación nos dio la razón. El niño se integró perfectamente en el ritmo de clase y las profes aprendieron poco a poco a interpretar los signos en Quique, cuándo podía estar bajo, si es que solo tenía sueño... etc, y aunque fue difícil lo hicieron.

Para que todo fuera más fácil, les imprimimos un protocolo de cómo actuar, de cuales eran los valores óptimos y qué se consideraba una hipoglucemia o hiperglucemia, y también nos hicimos un grupo de whatsapps para estar siem-

pre en contacto.

Todo fue genial, al principio nos íbamos con un pellizquillo, pero fuimos paso a paso en la dirección adecuada.

El período de "adaptación diabético", también fue gradual; En un primer momento no comió en la guarde, para que

## Hay que pisar fuerte y no dejarse llevar por los inconvenientes

las señas no tuvieran tanto que controlar pero en el mes de octubre, y después de una clase exprés sobre cómo contar raciones de hidratos de carbono, Quique también empezó a comer con sus compañeros, y empezamos a dar más normalidad aún a su etapa en la Guardería.

Como veréis, y muchos ya sabéis porque también habéis pasado por esto, es que cuesta al principio pero se puede.

Con este artículo, y para finalizar, quisieramos infundir ánimo a los papás cuyos niños acaban de debutar y son pequeños y también agradecer públicamente la labor de estas profesionales; Marta, Elena y Lorena, que forman parte ya de nuestra familia.

Poco a poco junto con nuestro endocrino, las enfermeras, su pediatra... y ahora las profesoras de guardería y colegio, estamos haciendo una familia muy grande y que tiene en común su interés y amor hacia nuestro hijo.

Gracias a todas y todos de corazón, Diego y Bea, papás de Quique.





# networking, redes sociales y comunicación

VII Foro Gerendia para Asociaciones  
20 de septiembre 2014 en Madrid

**Antonio Salinas Romero.**

*Delegado de Agradi para la zona del  
Marquesado del Zenete.*

**No** es habitual que los pacientes acudamos a congresos, reuniones, eventos... o no al menos con la frecuencia con la que lo hacen los profesionales médicos y gestores de la salud. Por eso, cuando las asociaciones de pacientes acudimos o somos llamados a algún acto, se convierte en novedad y la destacamos como algo extraordinario. Porque realmente lo es.

El pasado 20 de septiembre acudí en representación de la Asociación Granadina de Diabéticos (AGRADI) a este acto tan inusual como sorprendente dedicado a los pacientes pero en especial a la gestión en diabetes de asociaciones.

Este segundo Foro Gerendia Asociaciones, organizado por Abbott y celebrado en IE Business School (Madrid) hizo posible que nos encontráramos la gran mayoría de asociaciones y federaciones de personas con diabetes de toda España, una experiencia que sin duda hace que te sientas un 'privilegiado'.

El objetivo general del foro es "contribuir a través de un espacio de conocimiento e innovación aplicados al desarrollo de competencias y habilidades, enfocadas a las necesidades para afrontar los retos a los que se enfrenta", pero dicho así suena un poco complicado, voy a intentar hacer un breve resumen de la jornada con palabras más cotidianas.



Como mencioné anteriormente el lugar elegido para el encuentro fue IE Business School de la capital madrileña.

La jornada comenzó con una presentación a cargo de María Luisa García Camacho, que ocupa el puesto de Corporate Development Director y Executive Education-IE Business School.

Una vez roto el hielo empezamos con un tema muy interesante de Claudia Fernández que es la encargada de la Gestión Sanitaria España y Portugal y Abbott Diabetes Care con una ponencia titulada como “El camino andado ¿hacia dónde vamos?” Un tema súper interesante porque para saber a donde queremos ir, antes tenemos que saber de donde venimos, o al menos que camino hemos recorrido para poder seguir avanzando.

Posteriormente la Coordinadora Científica de la Estrategia de la Cronicidad del SNS y miembro de ANDE, Carmen Ferrer, nos ilustró con una presentación muy interactiva sobre la gestión colaborativa: El rol central de la persona con diabetes en la gestión socio-sanitaria integral.

Para terminar, la profesora Asociada de Habilidades Directivas de

IE Business School, doña Jolienne Mudde, nos repartió a los representantes en varios grupos en los que trabajamos y debatimos sobre distintas propuestas transformadoras para nuestras asociaciones, poniendo en común tanto los problemas como las fortalezas con los que tenemos que vivir el día a día, como tenemos que dar a conocer de forma eficiente nuestra labor, captación de socios, hacernos notar en redes sociales y medios de comunicación, mayor comunicación entre asociaciones, etc.

Para el Día Mundial de la Diabetes, 14 de noviembre, Abbott tiene previsto lanzar un anuario con los resúmenes de ambas sesiones. El primer foro Gerencia realizado el 24 de Mayo y el segundo celebrado el 20 de Septiembre.

## · MIS CONCLUSIONES ·

Todo está cambiando en la sociedad, desde las tecnologías hasta los hábitos de vida, el cambio es algo que no se puede frenar y solo nos queda una cosa: Renovarnos o desaparecer.

A principios de siglo XX los pacientes se limitaban hacer lo que los profesionales les indicaban, sin más. Hoy en día es el paciente el que tiene (y debe de tener) la información, decidir por sí mismo, plantear alternativas a los profesionales para un mejor control de la enfermedad...

Debe de existir una gestión colaborativa, donde entendemos a la persona como centro.

Las asociaciones siempre van a estar (o eso esperamos), pero no podemos acudir a ellas como si de un mercadillo se tratara para ver que nos ofrecen, escoger lo que nos interese y luego si te he visto no me acuerdo. Hay que cambiar esa mentalidad, tenemos que empezar a plantearnos que podemos nosotros aportar a una asociación. No consiste en el tema monetario, sino como personas ¿que podemos aportar?.

En España somos más de 5 millones de diabéticos, imaginaros si nos hiciéramos oír, sería sorprendente lo que podríamos alcanzar. Somos muy ‘pasivos’, esperamos a que, en la mayoría de los casos, nos lo den todo ya resuelto y ese es un camino erróneo.



Necesitamos **CORRESPONSABILIDAD**, el ir todos a una. Una marea azul tan grande caminando en el mismo sentido se conseguirían muchísimos logros para todos los diabéticos.

Crear equipos eficaces, donde profesionales y pacientes trabajen juntos, una mayor implicación por parte de todos.

También es fundamental el papel que desarrollamos dentro y fuera de la asociación, tenemos que entender cual es el rol de cada uno, (unos diagnostican, otros cuidan, otros apoyan, otros asesoran...)

Cada uno hace lo que sabe, cada uno diferente. Los pacientes debemos de ser **ACTIVOS**, tener la información y conocerla, poder decidir por nosotros mismos en todo momento. Lo que sirve para un paciente no sirve para otro. El fomento de la propia autonomía es clave en todo el sistema a la hora de avanzar.

Y no es menos importante el **AUTOCUIDADO**, tenemos que ir más allá de la educación, nosotros somos nuestros mejores médicos



porque nadie conoce mejor que nosotros nuestro propio cuerpo, hay que tomárselo desde mi punto de vista como un 'entrenamiento' en el que podamos ir mejorando día a día, todo tiene un plazo, tenemos que ser pacientes y esperar que los resultados vayan llegando.

### **RESPONSABILIDAD = COMPROMISO**

Establecer estrategias de **NETWORKING**, crear vínculos en redes sociales tanto convencionales como Facebook o Twitter y en otras más profesiones como LinkedIn, con el objetivo de mantener en todo momento informado al usuario con diabetes pero también con un objetivo primordial para una asociación: aumentar la red de contactos.

Hay miles de estrategias para que

una asociación se haga notar: **NETWORKING 1:1**, estrategia off y on-line (como la creación de foros, eventos, charlas) y de forma "masiva" como puede ser a través de blog, páginas web, revistas, redes sociales tipo Twitter... Todas estas palabras 'raras' que aparecen y nos cuesta entender de que va todo, son las palabras con las que vamos a vivir de aquí en adelante, como dije al principio:

### **RENOVAR O DESAPARECER.**

Y es mucho más fácil el renovarse, en todos los sentidos posibles. Hace 20 años nadie tenía un teléfono móvil, o al menos un teléfono móvil que fuera a color. Hoy vemos a niños con 7 años que manejan una tablet o cualquier instrumento



asociado a las nuevas tecnologías casi sin dificultad, por lo tanto, el futuro viene preparado para solventar todas estas pequeñas lagunas que a los más mayores puede que en ocasiones les vengan un poquito grandes.

De ahí a que una asociación no es solo el presidente, el secretario y la junta directiva, la asociación la formamos entre todos los usuarios diabéticos, que de una forma u otra nos implicamos para que este mundo sea más llevadero.

Todos podemos aportar algo, me gustaría una mayor implicación por parte de todos, porque en verdad, es muy necesaria.

## REFLEXIÓN FINAL:

La idea de éste foro organizado en Madrid me parece una idea espectacular. Asociaciones pequeñas en las que a duras penas subsisten y luchan como pueden con todos los problemas del mundo y la escasez de recursos de las que se dispone, el poder asistir a estos encuentros es algo positivo y algo que debería de realizarse cada poco tiempo.

Encontrarte cara a cara con representantes de otras asociaciones, conocerlos en persona, intercambiar datos e ideas, aprender de otras asociaciones más grandes o con más experiencia, trabajar por unas horas todos juntos... te aporta mucho más que cualquier otra cosa.

Te das cuenta, en mi caso como representante de AGRADI, que asociaciones como la Compostelana, Cantábrica, Madrileña o Murciana que fueron las asociaciones con las que tuve el placer de compartir conocimientos, cada una de una parte diferente de la geografía española, con sus peculiaridades, sus fortalezas y sus debilidades, que no nos diferenciamos tanto, es más, me atrevo a decir que somos prácticamente iguales.

Te llena tanto profesional como personalmente. Profesionalmente (refiriéndome a la asociación y haciendo mención a lo anteriormente escrito) y personalmente porque conoces a las personas, a la parte más humana. Da igual que estés hablando con el representante de la asociación Valenciana o con el mismísimo presidente de la

**Aprender de otras asociaciones más grandes o con más experiencia, trabajar por unas horas todos juntos... aporta mucho más que cualquier otra cosa.**

Federación Española de Diabéticos, un endocrino o el director de un hospital de Madrid, ahí te habla la persona, representando a su entidad, pero una persona involucrada en la misma lucha.

Quisiera agradecer a AGRADI su confianza puesta en mi persona para tal función, en la que intentaré sacar el máximo de provecho a lo aprendido en Madrid y aplicarlo en todo lo posible para ayudar a ésta asociación.

Para mi fue una experiencia única en la que aprendí muchísimo en tan poco tiempo. La temática me pareció la idónea, ya sea porque en mi vida laboral actual, al trabajar en el sector de las nuevas tecnologías estoy más metido en el tema y me pareció genial que estos temas "tan de moda" se empiecen a aplicar a las asociaciones.

Y sobre todo recalcar la UNION, porque la unión hace la fuerza. Una sociedad unida es una sociedad con futuro, 5 millones de diabéticos unidos es un futuro más que esperanzador, pero la unidad tiene que ser total, entre asociaciones, pacientes, profesionales... Sólo hay que seguir avanzando por el camino marcado, como dijo el gran Antonio Machado:

*"Caminante, no hay camino, se hace camino al andar".*



# ¿estamos más cerca de la curación de la diabetes?



**Dr. José Ramón Calle.** Especialista en Endocrinología H. Clínico de Madrid

**Fuente:** Fundación para la Diabetes  
Octubre 2014.

---

**Llevamos** <sup>cerca de</sup> dos décadas, desde el principio de los 90, recibiendo noticias sobre estudios que parece que nos dejan a un paso de la curación de la diabetes, creando unas expectativas que pueden producir frustración cuando se ve que dichas expectativas no se cumplen. Estas noticias suelen tener un denominador común: siempre son más optimistas los medios de comunicación que lanzan las campanas al vuelo que los expertos, acostumbrados a que líneas de investigación prometedoras se queden en nada. Muy a menudo son los propios autores de la investigación los más prudentes, advirtiendo de que queda mucho por delante antes de saber si realmente se va a traducir en una aplicación práctica.

Con el trasplante de páncreas ha habido una serie de altibajos en lo que se refiere a las expectativas sobre sus resultados. Cuando se trasplanta todo el órgano, los resultados desde el punto de vista del control de la diabetes son muy buenos, de manera que muchos

trasplantados pueden dejar de ponerse insulina. Sin embargo, el remedio puede ser peor que la enfermedad, ya que para evitar el rechazo hay que dar una serie de fármacos cuyos efectos secundarios son tan importantes que a la hora de la verdad restringen mucho a los candidatos a recibir al trasplante. Aparte de que la tolerancia sea mala, al bajar las defensas se es más susceptible a padecer infecciones o tumores. Posteriormente se pensó que la solución estaría en trasplantar no todo el páncreas sino sólo las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas, que son las encargadas de segregar la insulina.

Si se conseguía purificar mucho estos islotes, la medicación anti-rechazo era más suave y, por tanto, los efectos secundarios menores. A pesar del avance que suponía la nueva técnica, había unas desventajas: una de ellas era que para que resultara eficaz se precisaba un número de células que hacía obligado el que hubiera al menos dos donantes. Al haber menos células que cuando se trasplantaba todo el páncreas, era más probable que el fenómeno autoinmune que atacaba en el inicio de la enfermedad al páncreas atacara de nuevo a las células trasplantadas. La medicación anti-rechazo inhibe este fenómeno, pero como era más suave que la administrada cuando se trasplantaba todo el páncreas también era menos capaz de impedir el proceso. Al final, resultaba que con el trasplante de células de islotes en algunos casos se alcanzaba una remisión de la diabetes durante unos pocos años pero finalmente se volvía a la situación previa al trasplante.

En la actualidad, el trasplante de páncreas, en ocasiones todo el órgano y en otras sólo los islotes, se utiliza de forma muy restringida, seleccionando muy cuidadosamente

a los paciente, que habitualmente son pacientes mal controlados y muy inestables, con muy mala calidad de vida.

Es indudable que contar con una fuente inagotable de células de los islotes pancreáticos, sin tener que depender de donantes, facilitaría mucho las cosas, aunque todavía existiría el problema de que el fenómeno inmune inicial podría volver a afectar a las nuevas células trasplantadas. Sin embargo, unas células muy purificadas podrían implantarse mediante cirugía menor, con lo que el tener que repetir la intervención tampoco supondría una pega definitiva.

Ya llevamos muchos años investigando con células madre que serían capaces de convertirse en células productoras de insulina, en algunos casos partiendo de células embrionarias humanas, en otros caso de células adultas. Los resultados son esperanzadores, pero no se acaba de encontrar un método que permita contar con una fuente continua de células.

Algunos medios de comunicación general acaban de dar a conocer los resultados de los trabajos llevados a cabo por un equipo de investigadores de la prestigiosa Univer-

sidad de Harvard, publicados en la no menos prestigiosa revista Cell. Estos investigadores han superado a otros en la obtención de células beta maduras y con capacidad de responder a los niveles de glucosa en el organismo. Esta función es

**No se acaba de encontrar un método que permita contar con una fuente continua de células.**

fundamental, ya que las células del páncreas de las personas no diabéticas segregan insulina de acuerdo al nivel de glucosa en sangre y esta sensibilidad a los niveles de glucosa la han conseguido reproducir en ratones. Ahora prosiguen los experimentos en animales, incluyendo a primates no humanos.

Como decíamos al comienzo de este comentario, los autores del estudio son prudentes y recalcan que estamos en una fase pre-clínica, lejos de la meta que supondría la curación para la diabetes. Sin embargo, es indudable que supone un paso adelante, todavía no podemos saber si pequeño o grande, en la búsqueda de ese gran objetivo.



VARIADO, COMPLETO, CON POCAS GRASAS Y AZÚCARES

# El desayuno perfecto



**Y**a lo sabes: el desayuno es una de las comidas fundamentales del día. Debe cubrir entre el 20 y el 25 por ciento de nuestras necesidades nutricionales y energéticas de la jornada, para que podamos tener un adecuado rendimiento, tanto físico como intelectual, en las tareas escolares o del trabajo diario. Tiene que incluir cuatro grupos de alimentos diferentes: lácteos, frutas, grasas y cereales o derivados. La forma de tomar cada uno de estos alimentos es muy variada.

- Entre los lácteos, puedes elegir entre yogures, leche, queso (preferentemente fresco o semicurado), cuajada, quesitos, requesón...

- En el grupo de los cereales: el pan (mejor si es integral), los biscotes o tostadas y las galletas (mejor si son bajas en grasas saturadas y con un alto contenido en fibra).

- La fruta puede tomarse de muchas maneras: fresca, en macedonia, al horno, en zumo...

- Las grasas, indispensables para el correcto funcionamiento del organismo, las más recomendables son el aceite de oliva y de los frutos secos.

Para las personas con diabetes, es especialmente importante que su desayuno sea equilibrado en nutrientes (con especial atención a los hidratos de carbono) y con un aporte calórico ajustado.

## NUESTRA SELECCIÓN PARA UN DESAYUNO 10

Sandwich DietNATURE de Gullón sin azúcares añadidos

Te encantará el sabor de esta galleta rellena con un 37% de delicioso chocolate negro, que destaca por ser el primer y único sandwich del mercado sin azúcares añadidos.

También es el que tiene menos grasa saturada del mercado (solo 5,9 gramos de grasa por cada 100 gramos) y, en vez de contener grasas hidrogenadas, está elaborada con aceite de girasol alto oleico, uno de los más saludables.

Además es el sandwich con más fibra del mercado: 5,1 gramos de fibra por cada 100 gramos. Dale la bienvenida al nuevo día de la manera más sana, sin renunciar a lo que más te gusta.

## COMPOSICIÓN NUTRICIONAL (POR 100 G)

ENERGÍA: 432 kcal / 1809 kj

PROTEÍNAS: 7,1 g

HIDRATOS DE CARBONO: 69,8 g

(de los cuales, azúcares: 5 g)

GRASAS: 17 g (de las cuales, saturadas: 5,9 g)

FIBRA ALIMENTARIA: 5,1 g

SODIO: 0,24 g



**gullón**

CUIDARTE ES NATURAL

# CUIDARSE es natural,

por eso, nuestras galletas  
DietNature no tienen azúcares.

**La gama DietNature de Gullón,  
sin azúcares,** nos ayuda a mantener una  
vida sana sin renunciar a lo que más nos gusta. Es  
natural que quieras cuidarte y que cuando te cuides,  
lo hagas de la forma más natural.

*DietNature*<sup>®</sup>  
**Sin azúcares**





# gracias agradi

## testimonio de una madre

**Carmela (Mamá de Antonio Salinas)**

**Me** llamo Carmela y soy la madre de Antonio (monitor).

El próximo mes de abril hará trece años que a mi hijo le diagnosticaron diabetes tipo 1.

Se me cayó el mundo encima (como a todas las madres). Siempre había oído muchas cosas de las personas mayores con respecto a la alimentación (que si no se puede comer patatas, que si el pan es malo, los plátanos y la sandía ni probarlos...)

Nosotros somos de un pueblo a 90 kilómetros de la ciudad y en el pueblo nunca se había dado un caso de diabetes en personas jóvenes, mi hijo fue el "primero", ahora ya existen varios casos más.

A mi se me hizo una maraña en la cabeza el día que debutó mi hijo, no veía salida ninguna, hasta que en los diez días que estuvo ingresado en el hospital se me fue despejando la mente poco a poco, gracias sobre todo a las charlas que el personal sanitario nos daba tanto a familiares como a pacientes y fue ahí cuando vi que tantas de las cosas de las que las personas mayores hablan son totalmente falsas y que solo había que tener un poco de disciplina, paciencia, organización, ejercicio físico

y una alimentación sana.

Aprendió a realizarse sus controles y a graduar la insulina antes de volver a casa.

Una semana en casa 'adaptándose' y vuelta hacia Granada que es donde por entonces estudiaba. Pero como dice el refrán: no hay mal que por bien no venga.

Alguien, no recuerdo como ni quién, nos habló de que había una asociación para personas con diabetes y BENDITA la hora en que lo hicieron. Una tarde mi hijo se acercó a la sede de AGRADI, se informó y se asoció ese mismo día, pagó su cuota y empezó a asistir a actos (a los que podía). No se lo pensó ni un sólo momento.

Su primer día mundial de la diabetes, charlas,... cada día estaba más motivado hasta que se formó y entonces llegaron los campamentos.

Esos campamentos que han conseguido que mi hijo tenga una familia más, una familia con la que convive cada año unos días, con la que ha formado un cordón umbilical que creo y espero que nunca se corte porque todos sois formidables, comprensivos, atentos... y aunque cada uno estáis con vuestras cosas en la vida diaria, como

sepáis que alguno necesita ayuda, ahí estáis todos como una piña para arroparos. **NO DEJEIS DE SER COMO SOIS.**

Y como no mencionar a esos "niños dulces" como vosotros los llamáis, la motivación que todos tenéis en preparar de un año para otro esos días de campamentos que los disfrutáis a la vez de ellos, aunque a penas descansas pendientes de ellos, pero con mucha satisfacción y dedicación, con los

**No dejéis de ser como sois**

que reís y lloráis cuando el último día os despedís. Durante esos días todos sois NIÑOS DULCES.

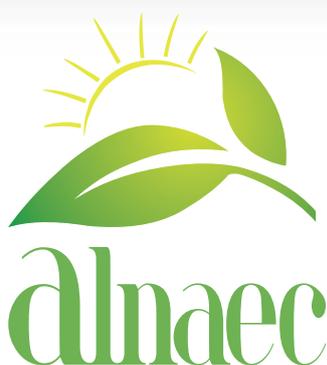
Gracias a todos: directiva, voluntarios, personal sanitario, monitores. Y permitidme una mención especial para dos personas que si he tenido el placer de conocer y convivir con ellos durante unos días y me demostraron que son personas humanas de grandes sentimientos, ellos son mis niños grandes Adri y Mariano.

**UN ABRAZO DE UNA MADRE MUY AGRADECIDA.**

# EMPRESAS COLABORADORAS CON AGRADI



GRACIAS POR VUESTRA COLABORACIÓN



JUNTOS PODREMOS CONSEGUIR MUCHO MÁS



# salud dental y diabetes

**Inmaculada Lozano Rubio**  
Médico-Odontólogo

Según la Sociedad Española de Diabetes, el 24% de la población española adulta, tiene problemas con la glucosa, mientras que cerca de cinco millones de personas padecen diabetes.

Teniendo en cuenta estas cifras y el hecho que esta enfermedad se relaciona con ciertas afecciones odontológicas como la enfermedad periodontal, pudiendo complicar su tratamiento, resulta pues, fundamentalmente que el odontólogo preste una atención especial a estos pacientes.

La intervención del odontólogo puede ser de tres maneras diferentes:

**1- Sospechando casos nuevos para su posterior diagnóstico. En este sentido prestando especial atención a ciertos síntomas como:**

- Sequedad de boca (Xerostomía).
- Enfermedad Periodontal.

- Cicatrización retardada.
- Infecciones como abscesos, candidiasis, etc.
- Lesiones como liquen plano, úlceras, etc.
- Estomatitis por prótesis.
- Halitosis (mal aliento) con olor típico a acetona.

**2- Tratando** este tipo de lesiones para mantener las cifras de glucemia dentro de una estabilidad, sobre todo la enfermedad periodontal que ya ha sido reconocida como la 4ª complicación de la diabetes y de la que se sabe que a su vez incide en las cifras de glucemia.

Cuanto mejor controlada esté esta enfermedad periodontal mejores niveles sistémicos tendremos de glucemia.

**3- Prevención.** En este sentido el odontólogo tiene un papel fundamental en procurar que la población diabética asuma unos hábitos higiénicos que previenen los proble-

mas orales así como infecciones que descompensan la enfermedad diabética y además aumentan la resistencia a la insulina.

Por todo ello, una buena higiene bucodental es uno de los pilares básicos para que las personas con diabetes controlen sus niveles de glucosa, por eso desde los colegios profesionales de dentistas se recomienda a estas personas que insistan en el cepillado, que acudan al dentista cada seis meses, que cambien su cepillo dental cada tres meses y que usen el hilo de seda a diario.

Por tanto, los profesionales de la salud oral ejercen un triple papel para que el diabético se mantenga en unos márgenes de seguridad y estabilidad de su enfermedad desde la **PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.**



# CLINICA DENTAL

Dra. Inmaculada Lozano Rubio

*Médico-Odontólogo · Ortodoncias e Implantes*

C/. Adelfa n.º 2, Bajo · Urbanización Jardín de la Reina  
18006 Granada

Tfno.: 958 13 58 61



# edulcorantes



**Fuente:** Diario Médico

## Un estudio avala el uso de los edulcorantes

**Según** el análisis Edulcorantes bajos en o sin calorías: mitos y realidades, publicado en Nutrición Hospitalaria, el consumo de edulcorantes bajos o sin calorías es seguro y no existe relación con la aparición de enfermedades no transmisibles. La evidencia científica también indica que pueden jugar un papel significativo en la prevención del sobre peso.

Según Pilar Riobó, del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Fundación

Jiménez Díaz, y autora del estudio, “los alimentos o bebidas donde el azúcar se sustituye por edulcorantes bajos o sin calorías pueden ayudar a mantener un peso saludable y también a reducirlo”. Riobó ha añadido que “pueden ser un importante instrumento de ayuda en el control metabólico de diabéticos”.

De hecho, estos productos se han utilizado de forma segura desde hace más de un siglo y están sujetos a estrictos controles”.





# marcha en écija



**MARCHA SOLIDARIA, Cross Escolar y Festival A FAVOR DE LA INVESTIGACIÓN DE LA DIABETES.** Diabetes Cero (Dt0) es un movimiento de padres de niños diabéticos y diabéticas cuyo objetivo es el seguimiento y financiación de una investigación en el campo de la diabetes real y duradera.

El pasado 25 de octubre Diabetes Cero celebró en Ecija la I Marcha Solidaria, Cross Escolar y Festival a favor de la investigación de la Diabetes, acontecimiento al que asistieron 2.000 personas y que culminó con la actuación de varios artistas que desinteresadamente actuaron.

# HIDRATACIÓN Y DIABETES

## El agua en el organismo

Componente importante del organismo, forma parte del **proceso de digestión**, de la **excreción**, **protege estructuras y articulaciones**, **transporta nutrientes y elimina sustancias de deshecho y tóxicos**. Además **regula la temperatura corporal** mediante el sudor.





\* Datos de cantidad mínima para un varón adulto. Los requerimientos de líquido varían en función del sexo, de la edad, condiciones fisiológicas, práctica de actividad física y condiciones ambientales.

La **hiperglucemia** aumenta la eliminación de glucosa por la orina, incrementando el riesgo de deshidratación.



**Para mantener una adecuada hidratación hay que:**

**Seguir un modelo de ingesta de líquidos rutinario,** es decir todos los días y repartiendo la ingesta a lo largo del día. No sirve consumir los 2,5 litros durante la mañana y no volver a beber a lo largo del día.



## ¿No estoy adecuadamente hidratado?

Se puede valorar el estado de hidratación mediante el color de la orina



\* Adaptado de Escala de hidratación de Armstrong, 2000.

### Síntomas de una inadecuada hidratación:



Aumento de la sensación de sed (puede perderse en ancianos)

Incapacidad de producir lágrimas

Boca reseca o pegajosa

Baja diuresis

Mareos o dolores de cabeza

Fatiga

Concentración disminuida

Piel reseca



### Consecuencias de una inadecuada hidratación:

Aparición de síntomas de deshidratación

Disminución del rendimiento físico e intelectual

Malestar general

En casos graves: Problemas cardiovasculares



# ¿Con qué hidratarse si se tiene diabetes?

Cualquier bebida que contenga agua y no contenga alcohol puede contribuir a mejorar la hidratación, pero no todas afectan igual a las personas con diabetes:



## Agua

Es la bebida de elección, debe ser la base de la hidratación diaria para una persona con diabetes, pues no aumenta la glucemia.



## Refrescos

Se pueden elegir aquellos que no contengan azúcar como "light" o "cero" que utilizan edulcorantes y no aumentan la glucemia. Los refrescos azucarados contienen alrededor de un **10%** de azúcar, por lo que solo se recomiendan para tratar las hipoglucemias.



## Bebidas energéticas

Su alto contenido en azúcares (**más del 10%**) y otras sustancias como cafeína, ginseng, etc. las desaconseja tanto para la hidratación habitual como para tratar las hipoglucemias.



## Zumos y néctares

Los zumos naturales, envasados o los denominados "sin azúcares añadidos" contienen los azúcares propios de la fruta.

Los néctares pueden tener azúcar añadido, que elevan la glucemia con mayor rapidez.

Existe una gran variabilidad en el contenido de azúcares en zumos y néctares, por lo que es recomendable comprobar la información nutricional en el etiquetado de cada producto.



## Bebidas para deportistas

Están formuladas para hidratar durante el ejercicio físico, pues contienen azúcares (**5-8%**) y sales minerales que se gastan durante la actividad física y **se pierden a través del sudor**. Aumentan la glucemia de forma muy rápida, por lo que solo se aconsejan durante el ejercicio físico o para el tratamiento de hipoglucemias.



### Infusiones

Tanto frías como calientes, no aumentan la glucemia, si no se les añade azúcar. Evitar el abuso de bebidas con cafeína (café o te).

### Agua con gas

No contienen azúcares, pero algunas de ellas contienen elevadas cantidades de sales, que deben tener en cuenta las personas que siguen dietas bajas en sodio. Las gaseosas, a pesar de ser dulces no suelen contener azúcar, sino edulcorantes sin calorías.



Además se ha comprobado que **con diferentes sabores es más fácil conseguir una correcta ingesta de líquidos,**

lo que posibilitaría mantener de una forma adecuada la hidratación siguiendo las recomendaciones genéricas que están en este documento.

Contenido elaborado por:  
**Serafín Murillo**

Asesor en nutrición de la Fundación para la Diabetes



/GROUPS/FUNDACIONDIABETES



@FUNDIABETES



/FUNDIABETES



/FDIABETES

Con la colaboración de:



Hidratando al Mundo desde 1886



# Las pastillas de insulina en fase de ensayo clínico

**La** empresa israelí Oramed Pharmaceuticals, especializada en el desarrollo de medicamentos por vía oral, ha concluido recientemente la fase 2.<sup>a</sup> de sus ensayos clínicos con pacientes diabéticos para probar sus nuevas pastillas de insulina ORMD-0801, que no son ni más ni menos que insulina por vía oral. A lo largo de este último trimestre de 2014, Oramed espera poder sacar conclusiones sobre su ensayo clínico, que está siendo supervisado por la FDA norteamericana.

Esta nueva y revolucionaria forma de administrar insulina puede ser fundamental en el tratamien-

to de la diabetes tipo 2, ya que la insulinización temprana se ha demostrado muy positiva, y salvar la reticencia que provoca las inyecciones en estos pacientes, es un paso muy importante de cara a mantener un buen control de su enfermedad. Por lo que se lee de la información que proporciona la compañía, las pastillas de insulina oral están indicadas para la primera etapa de la diabetes tipo 2, cuando todavía es posible disminuir la progresión de la enfermedad, proporcionando insulina adicional necesaria para el cuerpo y permitiendo un menor trabajo del páncreas. Así, las pastillas de insulina por vía oral tienen la ventaja de mejorar mucho el cum-

plimiento del paciente en esta etapa tan crucial.

Y en cuanto a la diabetes tipo 1, Oramed afirma también que su ORMD-0801o puede ser un “agente complementario” a las inyecciones de insulina en el tratamiento de esta enfermedad autoinmune, lo cual implicaría un menor número de inyecciones diarias. Además, según afirman desde la compañía parece ser que en las pruebas ha demostrado reducir la frecuencia de las fluctuaciones de glucosa en sangre en los casos de diabetes tipo 1 inestables.

# actividades de agradi

## CHARLA SOBRE LAS HIPOGLUCEMIAS

Patrocinada por los Laboratorios Novo Nordisk y con la colaboración de la FEDE (Federación de Diabéticos Españoles), el Dr. D. Martín López de la Torre nos ofreció la charla "Hipoglucemias: Contrólalas, Contrólate".

Ese mismo día, por la mañana, tuvo lugar una rueda de prensa, en la que participaron el Dr. D. Martín López de la Torre, D. Juan Antonio Mérida Velasco, primer Teniente de Alcalde del Excmo. Ayuntamiento de Granada y D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Carmen Fajardo Porras, miembro de la Junta Directiva de Agradi.

Nuestro agradecimiento al Excmo. Ayuntamiento de Granada por la cesión del local (Centro Cívico Manuel Cano).



8 DE NOVIEMBRE 2014

## MANIFESTACIÓN EN SEVILLA "TODOS CON LA DIABETES"

Organizada por la Federación de Asociaciones de Diabéticos de Andalucía y con la participación de todas las Asociaciones andaluzas de diabéticos, el 8 de noviembre nos manifestamos en Sevilla para luchar por nuestros derechos y recordar a la Administración que los diabéticos somos personas, no simples números.





## DÍA MUNDIAL DE LA DIABETES

La campaña del Día Mundial de la Diabetes 2014 se centra en una vida saludable y diabetes. El eslogan vuelve a ser:

**DIABETES: ¡PROTEJAMOS NUESTRO FUTURO!**

Agradi conmemoró el Día Mundial, 14 de noviembre, con los siguientes actos:

### MESA INFORMATIVA

Dada la intensa lluvia que caía en Granada, este año no pudimos montar la carpa pero instalamos una mesa informativa, donde, desde las 10 de la mañana, estuvimos realizando mediciones de glucosa y se facilitó información sobre diabetes.

### CONFERENCIA

El Dr. D. Angel Santalla Hernández, Ginecólogo del H.U. Virgen de las Nieves, nos ofreció la interesantísima conferencia “Mujer y Diabetes” (Patología ginecológica diabetes. Anticoncepción y embarazo. Gestación y Diabetes).

### VIII FERIA DE MUESTRAS DE LA DIABETES

Consistente en una muestra de productos para diabéticos. Participaron las siguientes casas comerciales: Gullón, Hero, Virginias, DiaBalance, Faes Farma (Gluc Up), Coca Cola y Alnaec (Alimentos Naturales y Ecológicos).





15 DE NOVIEMBRE 2014

## I JORNADAS DE INVESTIGACION SOBRE DIABETES EN ANDALUCIA

Organizadas por Diabetes Cero, el día 15 de noviembre acudimos a Antequera 100 personas, que representábamos a todas las Asociaciones andaluzas de diabéticos integradas en la FADA. Allí pudimos escuchar a científicos que, en Málaga, Cádiz y Sevilla, investigan en diferentes campos relacionados con el tratamiento y la curación de la diabetes.



# campamentos 2014







# dulce campamento

**Keka Cobo**

Jefa de Campamento AGRADI 2014

**Otro** año más de campamento... Las colonias de este año, que fueron las decimosextas ya, comenzaron el 26 de Julio. Ocho días ni más ni menos que nos esperaban por delante. La verdad es que cuando me enteré de que este año era un día más lo primero que pensé fue ¡Dios mío! Si cuando son siete vuelvo destrozada y durmiendo dos días seguidos (además de oír a mi madre decir lo fea y demacrada que estoy jejeje), que estragos no dejará un día más en nosotros y nuestro cuerpo! Pero esa ilusión que te acelera el corazón cuando piensas en algo que te emociona no dejaba mucho tiempo para pensar en eso.

El sitio lo conocíamos de otras ediciones ya: el Cortijo Narváez, situado en la Sierra de Baza, rodeados de naturaleza y con unas instalaciones acordes a nuestras necesidades y comodidades. Además contábamos con una novedad importante... ¡ahora ya tenían piscina! Todo apuntaba a que sería un gran campamento. Y, sin dudar, así ha sido. Lo principal, nuestros pequeños dulces, cada año nos sorprenden y nos enseñan sobre la vida con la diabetes. Una vida normal, sana, divertida como la que más y sobre todo compartiendo experiencias con pequeños y gran-

des gigantes luchadores de gran corazón. Las actividades que nos prepararon en el Cortijo fueron de lo más variadas y divertidas: kayak, tirolesa, puente del mono, excursión a Baza, guerra de globos de agua, talleres de manualidades, noche de estrellas, gymkhanas... y no completaría el intento de transmitir el buen ambiente y las ganas que hubo si no menciono a Marc, Juan, Pablo y Belén, los monitores de allí que nos hicieron que el campamento fuera fantástico poniendo la guinda a este pastel sin azúcar con cada uno de ellos. Además de nuestras clases de diabetología en las que repasamos aspectos de autocontrol, hipos, deporte y hábitos de vida acordes a la edad (por lo que separamos a los niños en dos grupos), tuvimos la suerte de contar con la visita de Josu Feijoo, primer diabético en escalar el Everest e ir al espacio y miles de victorias heroicas en este campo que no caben en esta hoja. Un gran ejemplo de superación para cualquier persona y un gran personaje donde los haya. Vamos, que nos impactó y no dejó indiferente a nadie. Un gran momento inolvidable y una inyección de adrenalina en esta dulce vida que a veces puede no serlo tanto. Como todos los años, y agradecida por ello, contamos con nuestros "grandes gigantes" que

comentaba antes: los monitores y el equipo médico. Antonio, Merche, Dani, Maribel, Fidel, Alba, Javi y Adri, y nuestro gran asiduo el doctor Raúl Hoyos (nuestro Feijoo particular en todos los campos, me atrevería a decir casi que en versión mejorada 2.0), junto con la magnífica residente Ana López, nuestra dulce enfermera Raquel López y el competente doctor Oliver Valenzuela. Me faltan palabras para expresar todo lo que son y lo que valen, y la suerte que tengo en esta vida por haberlos conocidos y contar con ellos. En fin, no sobró nadie, pero también dejamos un trocito de corazón en Granada con otro de los grandes: Mariano, un inigualable monitor que no pudo asistir por dificultades técnicas del momento y que es la pieza que conforma este puzzle. Emocionada ya y algo tontilla por querer meter tanto sentimiento en tan pocas palabras, solo contaros que si gracias a la diabetes vivimos estos campamentos, me alegro de que mi páncreas no funcione. Un gran abrazo a los padres de nuestros asistentes por seguir confiando en nosotros. Y varios latidos y suspiros desde este esteviado corazón para nuestros niños, nuestros monitores y nuestro equipo médico. Otro año más de campamento... y deseando que llegue el siguiente.

# *Carpintería de Aluminio* **mosquiper**

**MOSQUITERAS ENROLLABLES, CORREDERAS, FIJAS...**

**PERSIANAS DE ALUMINIO, PVC, CAJONES EXTERIORES...**

**MAMPARAS DE BAÑO.**

**PERSIANAS VENECIANAS.**

**ESTORES ENROLLABLES. DOBLES VENTANAS,**

**PUERTAS, CIERRES DE ALUMINIO...**

**CORTINAS DE TIRAS PARA PUERTAS.**

**TOLDOS.**

*Presupuestos sin compromiso*

**TFNO.: 639 912 739**

**e-mail: [mosquiper@hotmail.com](mailto:mosquiper@hotmail.com)**



# diccionario de la diabetes

## T

### • **Trasplante de islotes:**

Transferir los islotes del páncreas de un donante a una persona en quien el páncreas ha dejado de producir insulina. Las células beta producen insulina que el cuerpo necesita para usar la glucosa en la sangre.

### • **Tratamiento con cirugía láser:**

Un tipo de terapia que usa un rayo de luz fuerte para tratar el área dañada. El rayo de luz se llama láser. A veces se usa un láser para sellar los vasos sanguíneos en el ojo de una persona con diabetes. Véase fotocoagulación.



### • **Triglicérido:**

La forma almacenada de grasa en el cuerpo. Los niveles altos de triglicéridos pueden ocurrir cuando la diabetes está fuera de control.

## U

### • **UKPDS:**

Estudio Prospectivo sobre Diabetes del Reino Unido (United Kingdom Prospective Diabetes Study o UKPDS): Un estudio realizado en Inglaterra, conducido de 1977 a 1997 en personas con diabetes tipo 2. El estudio mostró que si las personas disminuían su glucosa en la sangre, reducían el riesgo de enfermedades del ojo y daño a los riñones. Además, aquellas personas con diabetes tipo 2 e hipertensión que disminuían la presión arterial, también reducían el riesgo de derrame cerebral, daño al ojo y muerte debido a complicaciones a largo plazo.

### • **Úlcera:**

Una herida abierta y profunda o una lesión en la piel.

### • **Umbral renal de la glucosa:**

La concentración de glucosa en la sangre a la cual los riñones comienzan a liberar glucosa hacia la orina.

### • **Unidad de insulina :**

La medida básica de la insulina. La insulina U-100 significa 100 unidades de insulina por mililitro (mL) o centímetro cúbico (cc) de solución.



La mayoría de la insulina producida hoy en día en los Estados Unidos es la U-100.

### • **Urea:**

Un producto de desecho encontrado en la sangre que resulta de la descomposición normal de proteína en el hígado. La urea se remueve normalmente de la sangre por los riñones y luego se excreta por la orina.

### • **Uremia:**

La enfermedad asociada con la acumulación de urea en la sangre debido a que los riñones no están funcionando adecuadamente. Los síntomas incluyen náusea, vómito, pérdida de apetito, debilidad y confusión mental.

### • **Urólogo:**

Un médico que trata a personas que tienen problemas del tracto urinario. Un urólogo también trata a hombres que tienen problemas con sus órganos reproductores, como la disfunción eréctil.

# ¿sabías que?

## · MANCHAS EN LOS CODOS:

Las manchas oscuras en los codos se eliminan frotando con un trozo de limón unos veinte minutos durante varios días.

## · UN BUEN DEPURATIVO:

Tomar un vaso de agua caliente con el jugo de dos limones, en ayunas, es un buen depurativo y además te ayuda a adelgazar.

## · MALOS OLORES EN EL FRIGORÍFICO:

Para evitar los malos olores en el frigorífico, pincha varios clavos (especies), en medio limón y ponlo dentro de él.

## · EXCELENTE ABONO PARA TUS PLANTAS:

Un clavo oxidado puede servir como excelente abono para tus plantas de interior. Lo único que tienes que hacer es introducirlo en la tierra de la maceta para que comience a hacer efecto.

## · BRILLO A LAS HOJAS DE TUS PLANTAS:

Para darle brillo a las hojas de tus plantas, coge una media vieja, mete en ella un plátano maduro, cierra la media y presiónala, luego pásala por las hojas.

## · EL MICROONDAS:

Cuando se te derrama algo en el microondas, espera a que se seque y coloca sobre la mancha un papel absorbente húmedo, ponlo a funcionar durante 15" a temperatura alta y cuando se enfríe, retira el papel y pasa otro seco.

## · ¿TE APRIETAN LOS ZAPATOS?

Si te aprietan los zapatos, mete dentro de ellos un trapo mojado en vinagre y métele una horma. Luego cázalos y verás cómo se amoldan.

## · TE QUEDA GRANDE EL CINTURÓN:

Si te queda grande el cinturón y deseas añadirle un nuevo agujero pero no tienes tiempo de acercarte al zapatero, sólo tienes que calentar al rojo vivo una aguja fina de tejer punto y pinchar con ella el cinturón en el sitio que previamente hayas marcado.

## · RECUPERAR EL ANTIADHERENTE DE LAS SARTENES:

Para recuperar el antiadherente, colocaremos la sartén sobre el fuego y la cubriremos con sal gorda. Cuando la sal empiece a saltar y adquiera un tono amarillento la retiraremos del fuego y, con ayuda del papel de cocina, eliminaremos sin frotar toda la sal de la superficie.

## · ARAÑAZOS EN LA MADERA:

Si en la madera hay un arañazo puedes rellenarla con cera de abeja o... ¡con cera de vela! Es perfecta para arañazos profundos, aunque quedará más disimulado si la vela es de un tono parecido al de la madera. Por otro lado, la cera de abeja es perfecta para abrillantar la madera barnizada, disimular arañazos o pequeños golpes y es muy nutritiva.



# más que mil palabras

Estrenamos en este número nueva sección en la revista. Pretendemos dar espacio a la fotografía, ese arte con el que estamos tan familiarizados pero al que casi nunca prestamos la atención que merece. Si lo hacemos, si le damos el valor que atesora, cambiará nuestra forma de mirar: de mirar el mundo, de mirar la vida, de mirarnos a nosotros mismos. No le hemos dado muchas vueltas al nombre de la sección, que será (es) 'Más que mil palabras', ya que una buena imagen vale eso, más que mil palabras. No obstante, entendemos que imagen y palabra no están reñidas y que logran un perfecto ensamblaje cuando se unen. Por eso intentaremos que los textos acompañen a la fotografía y viceversa.

Hemos comenzado con las siguientes fotos del periodista Rafa López.



• Los últimos días.



• Hay fantasías que persisten toda la vida y las hay efímeras como pompas de jabón, y así el amor: no importa por cuánto se prolongue, sino su ventura mientras viva.



• Lo último que se vio del hombre invisible fueron sus tres pies. Después desapareció.

# ANÍMATE

y participa en esta sección de la revista, mandando tus propuestas al correo de la asociación: [agradi@gmail.com](mailto:agradi@gmail.com)



• La bruma del lago hace que los días tengan un vapor que se respira, se inhala.



• Otro 20 de abril. Ya son cinco



• Hay momentos en los que a la vida solo le es necesario un latido lento y sutil para poder fluir. En esos instantes no se requiere nada más: todo lo que se añade es accesorio e incluso inoportuno.

más que  
mil palabras



## Huevos al horno con espárragos y pimientos

### INFORMACIÓN NUTRICIONAL

Energía: 303,35 kcal.  
Proteínas: 17,07 g.  
Lípidos: 23,14 g.  
Hidratos de carbono: 6,70 g.

### INGREDIENTES (para 1 persona)

- Huevos 2 u.
- Ajo 1 diente
- Cebolla 1/2 u.
- Espárragos verdes 4 u.
- Pimientos del piquillo 2 u.
- Aceite de oliva virgen
- Sal
- Pimienta
- Pimentón rojo



### ELABORACIÓN

En una sartén con un poco de aceite, freír los pimientos escurridos por las dos caras, salar y reservar.

Pelar y laminar el ajo. Cortar la cebolla a trozos no muy pequeños. Lavar y cortar los espárragos a trozos del mismo tamaño.

En la misma sartén, añadir un poco de aceite y dorar el ajo y la cebolla unos minutos. Añadir los espárragos, salpimentar y dejar sofreír. Cortar los pimientos a tiras y añadir al rehogado.

Una vez esté dorado, añadir una pizca de pimentón, remover y reservar. En una cazuela apta para el horno, poner una base de sofrito de cebolla, espárragos y pimientos.

Romper 2 huevos encima. Poner sal y pimienta.

Introducir al horno a 180°C y cocer hasta que la clara esté blanca y la yema aún líquida.

Sacar del horno y servir.





## Maki con arroz integral

### INGREDIENTES (para 1 persona)

- Arroz integral 50 g.
- Alga Nori 1 hoja
- Suprema Salmon 60 g.
- Zanahoria 1/4 u.
- Aguacate 1/4 u.
- Calabacín 1/4 u.
- Mahonesa 5 g.
- Salsa de soja

Lavar en abundante agua fría el arroz. Dejar escurrir. Verter el arroz en un cazo con 150 g de agua. Arrancar el hervor, quitar la espuma resultante con una cuchara, tapar y bajar el fuego al mínimo. Cocer durante 20 minutos.

Apartar del fuego y dejar reposar sin destapar otros 10 minutos. Remover. Pelar la zanahoria y el aguacate. Cortar la zanahoria y el calabacín a bastones finos. Cortar el aguacate a láminas gruesas.

Limpiar y cortar el salmón a escalopas de un dedo de grosor. Disponer sobre una esterilla que nos permita poder doblar el rollo, repartir una capa de arroz cocido. En el centro poner las verduras y el pescado horizontalmente.

Salsear con un poco de mahonesa. Enrollar sobre sí mismo hasta formar un rollo. Cortar a porciones y servir con la salsa de soja para mojar y, si se quiere, una pizca de wasabi (condimento picante).

### INFORMACIÓN NUTRICIONAL

Energía: 380,56 kcal.  
Proteínas: 18,38 g.  
Lípidos: 15,95 g.  
Hidratos de carbono: 41,22 g.



## Panellets

### INGREDIENTES (para 4 personas)

- Harina de Almendra 125 g.
- Patata 25 g.
- Manzana 50 g.
- Edulcorante líquido sacarina y ciclamato 5 ml.
- Huevo 1 u.
- Piñones tostados al gusto.
- Canela en polvo al gusto.

Lavar las patatas y ponerlas a hervir en un cazo con abundante agua. Una vez hervidas, escurrirlas, esperar que se enfríen un poco y pelarlas. Pelar las manzanas, cortarlas a cuartos y hervirlas hasta que estén blandas. Escurrirlas. Poner la pulpa de patata y de manzana en un bol y chafarlas con un tenedor hasta hacer un puré. Batir el huevo. Mezclar la patata y la manzana con la mitad del huevo batido y la harina de almendra hasta que quede una masa homogénea. Añadir el edulcorante y, si se quiere, un poco de canela al gusto. Amasar y reservar tapado en la nevera para que se endurezca un poco. Una vez la masa esté fría y compacta, hacer bolas con las manos. Pintar las bolas con el huevo restante y rebozarlas con piñones, presionándolos con las manos para que se peguen a la masa. Pintar las bolas con un poco más de huevo y ponerlas en una bandeja apta para horno. Cocer los panellets al horno a 190°C unos 8-10 minutos aproximadamente, hasta que se doren.

### INFORMACIÓN NUTRICIONAL

Energía: 207,57 kcal.  
Proteínas: 6,41 g.  
Lípidos: 8,26 g.  
Hidratos de carbono: 4,40 g.



**agradi**

**UNIDOS CONSEGUIMOS  
MUCHO MÁS**