

en3d

REVISTA DIGITAL DE DIFUSIÓN GRATUITA

MARZO DE 2019 | 84

EL PAPEL DE LA **ATENCIÓN PRIMARIA**



SUMARIO



Sumario

03

EDITORIAL

La puerta de entrada

04

EN PORTADA

Un nivel asistencial clave

06

ENCUESTA MES / RESULTADOS

¿Cuánto sabes sobre edulcorantes? / Más información, por favor

08

KURERE

Un potencial por explorar

09

EL EXPERTO

¿Hablamos 15 minutos?

10

DULCIPEQUES

Nuestra experiencia en los centros escolares

12

CONSEJOS PRÁCTICOS

Mejores lecturas de glucosa

14

OPINIÓN - BREVES

Píldora de insulina / Brazaletes inteligentes

15

TOP BLOGGERS

Patricia Santos

16

CON NOMBRE PROPIO

Julio Zarco, presidente de la Fundación Humans

18

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Brécol con pollo al curry

FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DIABETES (FEDE). Todos los derechos reservados. La información contenida en esta revista tiene como único propósito el de informar. FEDE no garantiza la exactitud ni la fiabilidad de los contenidos de la revista. Cualquier opinión aquí expresada será responsabilidad de su autor. Aunque parte de la información y de los contenidos tratados en esta revista se refieren a temas médicos, éstos no sustituyen a la visita médica, por lo que el lector no debe interpretarlo como tal.



LA PUERTA DE ENTRADA

Uno de los grandes retos en nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS), a día de hoy, es todavía la reforma clara, decidida y estructurada de nuestra Atención Primaria (AP), el nivel asistencial que a nadie le cabe la menor duda de que es la **puerta de entrada a nuestra Sanidad**.

Pero esta demanda no es nada nueva; es una asignatura pendiente que se lleva arrastrando desde años y somos muchos (los representantes de los pacientes, entre ellos) los que, desde hace tiempo, venimos demandando que esa reforma debe abordarse de una manera integral, teniendo como principal pilar la inversión en recursos económicos y humanos necesarios y acordes con las necesidades y la actual carga de trabajo a la que se enfrenta nuestra AP.

Somos parte de una sociedad, en España, cuyo crecimiento vegetativo es negativo. Este envejecimiento, junto con la mayor calidad de vida con la que contamos en nuestro país, y que tantas veces se pone ahora de manifiesto como un ejemplo en los medios de comunicación, hace que **se incremente el número de enfermedades crónicas** y, con ellas, el número de veces a las que se debe acudir a los servicios médicos para tener un adecuado control de las mismas.

Las enfermedades crónicas, como su propio nombre indica, son para toda la vida, y de ahí que lo más relevante sea **su buena**

gestión para que, con ello, se logre no sólo cantidad sino **calidad de vida**. En el caso concreto de la diabetes, que en nuestro país afecta a 6 millones de personas, siendo su prevalencia mayor a partir de los 65 años, es una enfermedad que requiere **formación y educación terapéutica por parte de los profesionales médicos**. Y su complejidad hace que para una adecuada comprensión del tratamiento se requiera, no sólo buenos profesionales (con los que ya contamos) sino con tiempo.

Aquí, mejor que nunca, se ajusta como un guante la famosa expresión de que **"el tiempo es oro"**, y para las personas con diabetes lo es porque sólo cuanto más tiempo dedique un profesional a formar a sus pacientes es como se logrará la ansiada calidad de vida que he señalado antes y a la que, cuando envejecemos, aspiramos todos.

Sin embargo, y por desgracia, nuestros profesionales médicos de AP, a los que **rindo un humilde tributo a través de este editorial**, a pesar de hacer todo lo que está en su mano en función de lo que el sistema les permite, con la ayuda estimable del servicio de Enfermería de AP, **no dan abasto**. De hecho, tan sólo pueden dedicar, a cada paciente, unos escasos e insuficientes 7 minutos de media, lo cual es realmente muy preocupante y nos pone, de nuevo, frente a la demanda que planteaba al principio de mi editorial: **la necesidad de una reforma clara, decidida y estructurada de nuestra AP**. ■



PRESIDENTE
ANDONI LORENZO
GERENTE
MERCEDES MADERUELO
RESPONSABLE DE COMUNICACIÓN
LAURA ALEMÁN
DISEÑO Y MAQUETACIÓN
JAVIER LÓPEZ

COLABORADORES
**MARÍA DEL MAR ELENA,
ANA OCAÑA, MARTA ZARAGOZA,
CARMEN MURCIA, PEDRO SORIANO,
CARMEN CARBONELL,
ADRIÁN DÍAZ, MILA FERRER,
JULIO GARCÍA, CATHERINE MANSEN,
PATRICIA SANTOS, CAROLINA ZÁRATE
Y CATH MANSEN.**

REDACCIÓN FEDE
Centro Cívico "La Avanzada"
c/ de la Habana, 35.
28945 Fuenlabrada (Madrid).
Tel.: 916 908 840



UN NIVEL ASISTENCIAL CLAVE

Contar con una Atención Primaria (AP) potente, en cualquier sistema sanitario, consigue mejores niveles de salud, mayor satisfacción de la población con sus sistemas sanitarios y menores costes del conjunto de dichos servicios. Dicha fortaleza en AP se basa, en gran medida, en la formación de sus profesionales médicos, así como en el número que se dedican a ella.

Las enfermedades crónicas como la diabetes, en España, generan una gran presión asistencial, sobre todo en Atención Primaria (AP), pues, a día de hoy, estas motivan el **80% de las consultas de este nivel asistencial**, y suponen el 75% del gasto actual del Sistema Nacional de Salud (SNS). Esta realidad, lejos de reducirse, en las próximas décadas aumentará sensiblemente, debido a que la mejora de los tratamientos y el aumento de la esperanza de

vida harán que haya un mayor número de personas con enfermedades crónicas en nuestro país. De hecho, y según el **"Informe Cronos: hacia el cambio de paradigma en la atención a enfermos crónicos"**, elaborado por The Boston Consulting Group (BCG), el coste de la cronicidad en España podría aumentar un 45% para el año 2020, hasta alcanzar los 78.000 millones de euros al año.

Por ello es precisamente por lo que los profesionales y expertos en la materia

coinciden en la necesidad de adaptar el SNS a esta realidad.

En este sentido, se debe hacer hincapié, fundamentalmente, en nuevos modelos organizativos que den mayor valor a la coordinación asistencial y estén encaminados a proveer servicios integrados para los pacientes mediante una atención global e integradora. Y concretamente, por lo que se refiere al área de AP, se dispone de evidencias de que la mejor respuesta para la atención a la cronicidad es una **"AP consolidada, adecuadamente dotada y con alta capacidad resolutoria"**.

Enfoque individualizado

En España, motivado por la descentralización de la Sanidad, las distintas Comunidades Autónomas han ido desarrollando sus propias estrategias y planes específicos en el marco de la **Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS** lo que, en fun-



¿CUÁNTO SABES SOBRE EDULCORANTES?

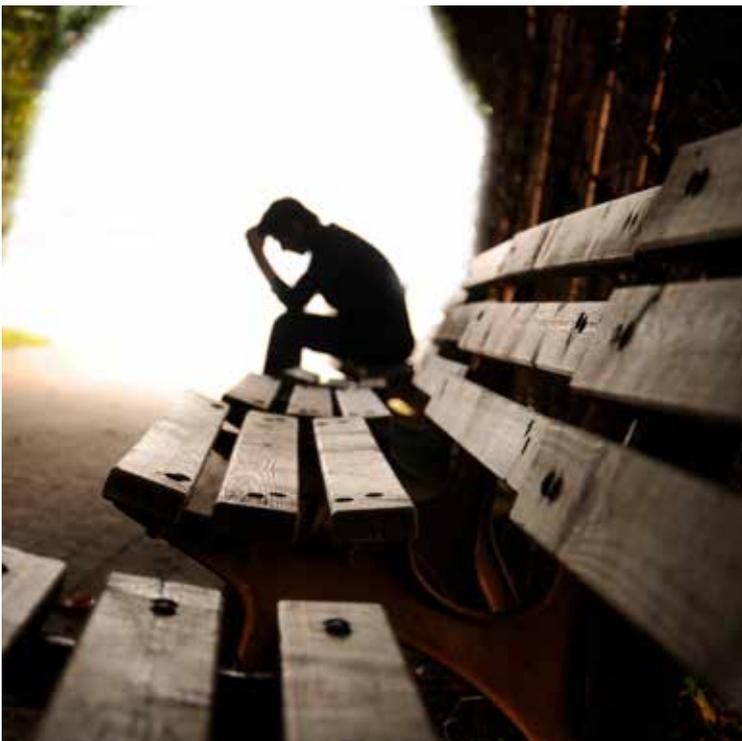
La Federación Española de Diabetes (FEDE), con el apoyo de la Asociación Internacional de Edulcorantes (ISA, según sus siglas en inglés), está llevando a cabo una encuesta a través de la que poder conocer en detalle cuáles son los temas, sobre edulcorantes, que más

interesan a las personas con diabetes, y así poder ofrecer recursos formativos e informativos acordes a estas inquietudes. Para ello, se proponen una serie de preguntas relacionadas con el grado de conocimiento sobre edulcorantes; el uso de estos productos; y el interés y las dudas que pueden surgir en torno a su

consumo. Desde FEDE, se invita a los lectores de la revista EN3D a dedicar unos minutos a contestarlas a través de este cuestionario anónimo. Las respuestas serán tratadas de manera confidencial, y agrupadas con las de otras personas, que también participen en esta encuesta. ¡Muchas gracias! ■



MÁS FORMACIÓN, POR FAVOR



En el mes de febrero, dedicamos la revista EN3D a las principales preocupaciones de las personas con diabetes tipo 1, con motivo de la presentación del informe "Necesidades no cubiertas de las personas con diabetes tipo 1 en España". En este último, se puso de manifiesto que estos pacientes se encuentran especialmente afectados por los posibles efectos de las hipoglucemias y las complicaciones crónicas. No obstante, también quedó patente que se enfrentan a problemas a la hora de cumplir con el plan de alimentación pautado por sus profesionales sanitarios, motivo por el que, en la Encuesta del Mes, preguntamos cuáles son estas dificultades. Un 42,9% de los encuestados señaló la falta de formación como la principal; seguida por un 20%, que destacó la falta de apoyos del entorno; y un 17,1%, que hizo referencia a la falta de motivación como primera causa de la falta de adherencia. Por último, un 20% de los participantes afirmó no encontrarse con ninguna dificultad. ■

Entender cómo las actividades diarias afectan a mi glucosa en sangre. Ilumina tu diabetes.

El control de la diabetes bajo una nueva luz. CONTOUR™ DIABETES app sincroniza los resultados de las glucemias de su medidor. Además, este nuevo sistema permite registrar tus actividades diarias para ayudarte a comprender como afectan a tus niveles de glucosa en sangre y así poder controlar mejor tu diabetes.



Ilumina tu diabetes
Contour
diabetes solutions



Para más información consulta a tu profesional sanitario, visita contourone.es o llama a nuestro teléfono de atención al cliente 900 100 117

Cumple con la normativa sobre productos sanitarios.

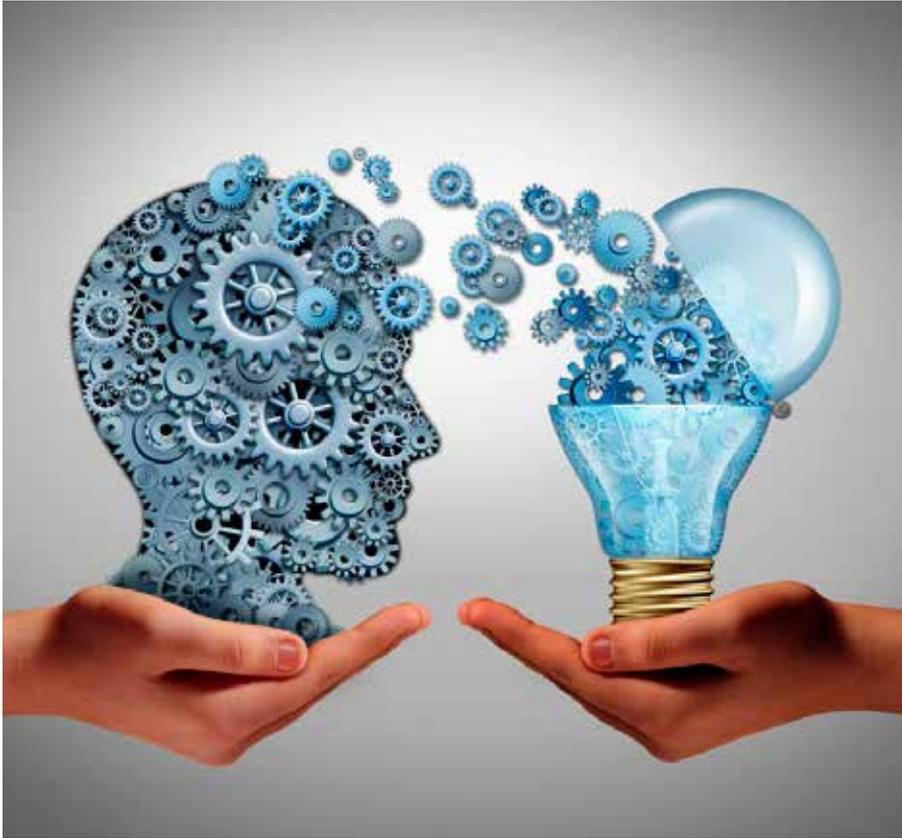
Ascensia, el logotipo de Ascensia Diabetes Care y CONTOUR son marcas registradas de Ascensia Diabetes Care Holdings AG. Apple y el logotipo de Apple son marcas comerciales de Apple Inc., registradas en EE. UU. y otros países. App Store es una marca de servicio de Apple Inc.

Google Play y el logotipo de Google Play son marcas registradas de Google Inc.

© Copyright 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. Todos los derechos reservados.

Fecha de elaboración: mayo 2016. Código: G.DC.03.2016.45125.

CPSP16081CAT.



UN POTENCIAL POR EXPLORAR

En el caso de la diabetes, una de las enfermedades no transmisibles más frecuentes y catalogada como enfermedad crónica de alta prevalencia, la Atención Primaria es imprescindible, tanto en la prevención como en el diagnóstico y su posterior tratamiento.

Sobre la Atención Primaria (AP) recae una función tan esencial en el Sistema Nacional de Salud (SNS) como es la prevención y la atención a la salud de las personas, que debe estar enfocada a cumplir las expectativas de la sociedad. Es también el camino más cercano para lograr una protección universal de la sanidad. La **Declaración de Astana**, aprobada en 2018, traza el camino en este sentido, 40 años después de la declaración sobre atención sanitaria primaria de Alma-Ata, en la cual se especificaba que la AP *“representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y*

trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.

Este texto ponía ya de manifiesto que una de las características principales en las que se refleja lo sustancial de este servicio es en la proximidad al entorno de la persona. Además, juega un papel fundamental y que cobra más importancia, si cabe, cuando hablamos de personas con enfermedades crónicas, como la diabetes, o cuidados paliativos.

Detectar y atender

La diabetes es una enfermedad muy diversa, con diferentes variables, lo que hace necesario que se establezcan tratamientos

individuales y estrictos controles. Para ello, la AP ofrece un entorno próximo, donde los profesionales sanitarios realizan tareas como la confección de recetas, el seguimiento de los controles y la comunicación con el paciente.

No obstante, **no todas las personas con diabetes reciben el mismo tipo de atención y esto depende, en gran medida, de su tipo de diabetes.** La diabetes tipo 1, por ejemplo, está más asistida en la Atención Secundaria y Terciaria, lo que no quiere decir que la AP no sea importante también en estos casos. No obstante, tiene un papel más relevante en la prevención y el diagnóstico de la diabetes tipo 2, ya que es frecuente que esta patología sea asintomática al principio, para lo cual resultan de gran ayuda los criterios de diagnóstico que se establecen en la AP para detectar casos de prediabetes o diabetes.

Además de estos criterios, existen otros aspectos muy valorados de este tipo de atención sanitaria, como son la comunicación transversal fluida, que permite a pacientes y profesionales sanitarios compartir novedades y avances surgidos sobre la diabetes; la formación continua; la coordinación con otras áreas del SNS, especialmente importante para las personas con diabetes tipo 1; y, cada vez más, el uso de la tecnología, que juega y jugará un papel decisivo en la mejora de la eficiencia en el abordaje de la diabetes.

No obstante, no todo es color de rosa en el día a día, los escasos recursos o la saturación de las salas de espera y del sistema de Atención Secundaria y Terciaria son barreras para establecer prácticas eficientes que ayuden a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la diabetes. Por eso una evaluación de la calidad asistencial en diabetes podría dar resultados que ayuden a mejorar la atención a los pacientes. ■



JUAN OSORO
Cofundador de Kurere

¿HABLAMOS 15 MINUTOS?

Ante la falta de educadoras en diabetes que vivimos en la actualidad, se me viene a la mente su papel en la Atención Primaria. Desde la consulta de Enfermería, que las personas con diabetes visitan casi mensualmente, se debería oír más una frase tan sencilla como: “¿Hablamos 15 minutos?”



Hay un dicho de mi gremio, la Enfermería, que versa así: “Los centros de salud son los cementerios de las enfermeras”. Esta frase, aunque macabra, cuenta una realidad. Y es que los profesionales de esta rama tienen un trabajo muy duro, debido a los cambios de turnos, el estrés, las cargas de trabajo, algunas situaciones límite, la convivencia con el dolor o la muerte de los pacientes, etc. Por ello, es normal que, tras pasar por estas condiciones, cuando les quedan 10 ó 15 años para jubilarse, prefieran trabajar en un sitio por la mañana, con una consulta y un ambiente “relajado”. En este sentido, el sitio más “top” es el Centro de Atención Primaria. A partir de aquí, error y tirón de orejas. Por mí experiencia, puedo decir que trabajar en Atención Primaria (AP) no es ir a pasar la mañana: sacar alguna analítica, curar un par de pies, dar tiras a las personas con diabetes y para casa. **AP es una especialidad**

preciosa y especial, que no se valora como debería. Es una consulta en la que nosotros, los pacientes con diabetes, nos beneficiamos enormemente y podríamos hacerlo mucho más.

Ahora viendo la cuestión como persona con diabetes y siendo sincero, he pasado por muchas consultas de Enfermería y en ninguna me han preguntado cómo llevo mi diabetes, si tenía dudas o si quería aprovechar para repasar conceptos. Para AP, según mi experiencia, solo somos los pesados que vamos una vez al mes a pedir tiras o agujas y exigimos, ¡vaya cómo exigimos!

¿Qué hacemos?

Todos somos más que conscientes de que **faltan enfermeras educadoras en diabetes, puesto que las que hay están colapsadas** y, en muchas ocasiones, se dedican a otras tareas añadidas, como hacer pruebas especiales de endocrinología, sacar analíticas o cubrir

faltas de compañeras. Son, por lo tanto, una figura muy querida dentro de los hospitales, pero a la vez muy escasa.

Qué bonito sería que, desde la Enfermería en AP, hicieran un seguimiento de nuestra patología. En estos espacios, se cuenta con más tiempo para dedicar a la educación, a la escucha, al acompañamiento. Es importante reforzar estas acciones, crear, por ejemplo, un “protocolo” que diga: “¿Hablamos 15 minutos?”. Imaginaros la gran red de apoyo que generaría esto. Permitiríamos a las personas con diabetes el poder hablar con profesionales sanitarios y resolver dudas, sin tener que esperar 6 meses

LAS ENFERMERAS EDUCADORAS EN DIABETES SON UNA FIGURA MUY QUERIDA

o sumergirte en la red (el que sabe o quiere). Ya solo por esto, la justificación y respeto a esta figura sería más que clara. **Necesitamos tiempo, aunque este se saque de debajo de las piedras, y necesitamos que nos escuchen.**

Por supuesto, si queremos que esto llegue a pasar, habrá que formar más en diabetes a este campo de la Enfermería. Seguro estoy de que una parte del mismo no se compromete más, porque no sabría cómo resolver ciertas situaciones. Así que, si tú que me estás leyendo, eres del gremio de AP, ya sabes: prueba a soltar un “hablemos” y a ver qué pasa. Con una frase, con un movimiento; se comienzan grandes aventuras. ■





NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS CENTROS ESCOLARES

El momento de elegir un colegio para tu hijo es muy importante en la vida, y en él influyen las preferencias de cada familia, la asignación de plazas y algunas otras cuestiones, muy importantes si tiene diabetes. Hay que tener en cuenta que no todos los centros escolares son adecuados para el bienestar de un niño con diabetes.

Puede sorprender esta primera reflexión, teniendo en cuenta que los niños con diabetes son alumnos totalmente integrados, que pueden realizar cualquier actividad escolar con total normalidad, pero es una preocupación real que muchos papás de niños con diabetes han podido sentir. El jefe de estudios que mi hija, Martina, se refiere a ella como *“una alumna más que en momentos concretos tiene unas necesidades específicas”*. Desde esta perspectiva, es fácil integrar a un niño con diabetes, pero, por desgracia, no siempre es así.

Martina debutó en primavera, recién cumplidos los tres años, y al curso siguiente empe-

zaba el colegio. Desde el primer momento, nos recibieron con las manos abiertas para apoyarnos y atenderla en todo lo que necesitara. **Su profesora nos sorprendió en la primera reunión** con un montón de información que había recopilado, para formarse sobre la diabetes. No se quedó en meras palabras, aprendió a pincharla, conocer los valores correctos, lo que debía hacer en caso de hipoglucemia o hiperglucemia, etc., y, además, teníamos las puertas abiertas para ir a la clase cuando Martina lo necesitara. Permaneció en este centro hasta 2º de Primaria y todos los profesores conocían su enfermedad y la apoyaban. Esto permitía que estuviera totalmente integrada y solo limitada por su propia inestabilidad glucémica.

Acostumbrados a esta maravillosa atención, **nunca nos habíamos imaginado los problemas que surgirían con el traslado a una nueva ciudad**. Martina tenía miedo de que los nuevos profesores no supieran cuidar de su diabetes. ¡Y cuánta razón tenía!

Sola con su diabetes

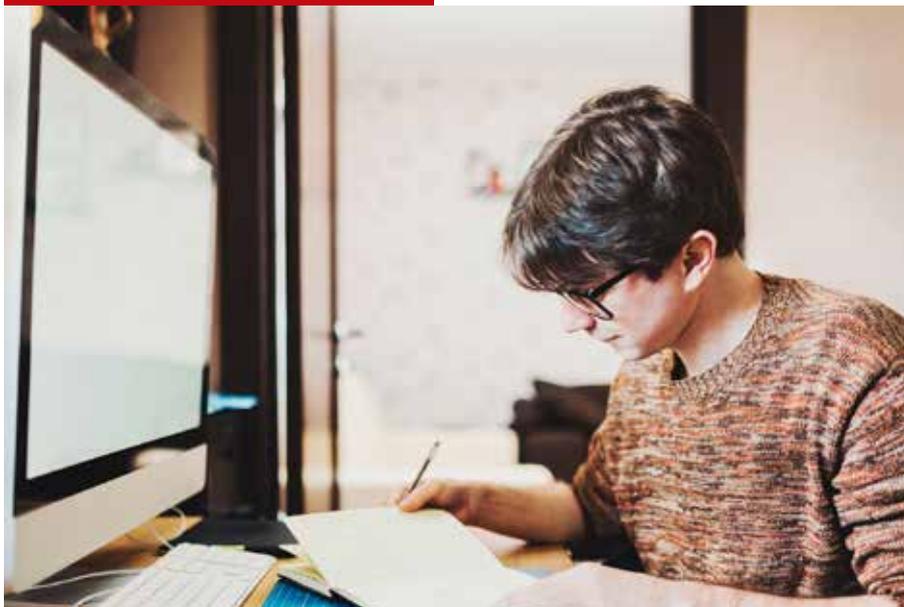
En el nuevo centro, **no nos pusieron pegas a su diabetes, tampoco mostraron mucho interés**. Conseguimos reunirnos con su profesora el día antes de empezar. Le llevamos toda la información práctica que debía conocer, le explicamos que Martina no tenía dos días iguales, que hay cosas que funcionan un día que no funcionan al día siguiente, que son frecuentes las situaciones de hipoglucemia e hiperglucemia en las que necesita apoyo y que tiene una diabetes muy inestable. Aprovechando que ella empezaba a manejar con soltura su bomba y podía resolver situaciones sencillas, pusimos en marcha la utilización de un móvil, que utilizaría para comunicarse con nosotros en el bolo de la merienda o cuando tuviera

alguna alarma en la bomba de insulina. De esta forma, pretendíamos aliviar en la medida de lo posible la intervención de la profesora.

Quizás fue un error, y el profesorado pensó que con el uso del móvil se resolvía todo. El problema fue que no conseguimos que nadie, en este centro, se involucrara y apoyara a Martina, por lo que las situaciones de riesgo se empezaron a suceder sin explicación alguna. **No acertaban a ayudarla** o existía una dejación por considerar que no era su labor atenderla. Quizás, simplemente, era una falta de corazón y humanidad.

Precisamente era esto lo que más hacía sufrir a Martina *"no se preocupan de mí, no me preguntan qué me pasa y si me encuentro mal"*, nos decía. No fuimos capaces de hacernos entender, y lo único que nos pedía su profesora eran datos del tipo *"¿si tiene 50 qué hago? ¿Y si tiene 70?"*. Pero no se trataba de un problema matemático.

Estuvo dos cursos en este centro, hasta que Martina achacó tanto la falta de atención, que acabó con un diagnóstico de trastorno de ansiedad, con numerosas crisis en las que se ahogaba de tanto hiperventilar. La gota que colmó el vaso la puso el desprecio más grande que le han hecho por su diabetes hasta el día de hoy. En una actividad del cole, le dieron rifas para recaudar dinero para hacer una convivencia y recaudó como el que más. Pero en el momento de entregar la circular para el pequeño viaje, le dijeron que a ella no se la daban porque no la iban a llevar. Con lo fácil que hubiera sido trasladarnos el problema y que fuéramos



QUIZÁS FUE UN ERROR, Y EL PROFESORADO PENSÓ QUE CON EL USO DEL MÓVIL SE RESOLVÍA TODO

nosotros los que le explicáramos por qué no podía ir. ¡Qué poca delicadeza hacia una niña de 10 años!

Con el diagnóstico emitido por salud mental, decidimos que no podía seguir en ese centro. Acabó el curso como pudo, faltando en numerosas ocasiones por enfermedad, deseando marcharse de ese "maldito colegio". Así lo sigue llamando cuando se refiere a él.

Nueva Ilusión

Por suerte, su vida se llenó de nuevo de ilusión, alegría y esperanza en el nuevo colegio. En él, las personas son amables, ca-

riñosas y muestran interés por su diabetes, ayudándola con naturalidad a sobrellevar la carga extra con la que le ha tocado vivir. Los alumnos reciben una formación integral en un colegio lleno de vida, en el que se realizan un sinnúmero de actividades en las cuales todos los niños, sin excepción, tienen cabida. **Un colegio que educa con alma y corazón, estos son los que tenemos que buscar para nuestros hijos.**

Cierto es que hay diabetes y diabetes, niños estables que de forma habitual no realizan ninguna acción sobre su diabetes durante la jornada escolar, y niños inestables que necesitan mucha más intervención. También la edad influye mucho en la autonomía resolutoria de cada uno. No obstante, después de ocho años de escolaridad de mi hija, en los que ha pasado por tres centros diferentes, he llegado a la conclusión de que no se trata de que haya colegios preparados para recibir a niños con diabetes y colegios no preparados; sino de encontrar aquellos centros y profesores, abiertos e inclusivos, que están dispuestos a recibir a un niño con diabetes; y evitar los centros y profesores, cerrados y excluyentes, que ven al niño con diabetes como una carga. ■

SITUACIONES SURREALISTAS

En una ocasión, Martina le dijo a la profe que se encontraba muy mal, que tenía 20mg/dl de glucosa en sangre y desde su móvil nos llamó a nosotros casi sin poder hablar. Cuando llegamos a la clase, nos la encontramos mareada sobre la mesa y al profesor explicando matemáticas. En las pautas que habíamos facilitado al centro estaba indicado que **en una situación de esta gravedad el profesor debía llamar al servicio de emergencia (061)**, pero no lo hizo, dejó a Martina sin atender y nos

dijo que posiblemente se había bloqueado ante un nivel tan bajo. En otra ocasión, también con hipoglucemia, se quedó sola en clase durante el recreo y acabó tumbada sobre las mochilas. En todo el recreo, ningún profesor la echó de menos. Y otra vez más, de nuevo con hipoglucemia, durante la clase de educación física, acabó tumbada en las gradas, sin que el profesor se acercara a ella. Estos son, tan solo, unos ejemplos de las muchas situaciones incomprensibles que Martina vivió en este colegio.





MEJORES LECTURAS DE GLUCOSA

Las lecturas de glucosa forman parte del día a día de muchas personas con diabetes, tanto que la rutina puede hacer que no siempre se lleven a cabo del modo más adecuado o que se olviden algunas pautas básicas para obtener datos fiables.

El chequeo regular de los niveles de glucosa en sangre es una parte crucial en la gestión de la diabetes. Y es particularmente esencial si se tiene diabetes tipo 1, gestacional o tipo 2 tratada con insulina o sulfonilurea, unos antidiabéticos orales que pueden causar hipoglucemias. Para hacer unas lecturas más certeras, urge desmontar algunos mitos y divulgar algunos consejos útiles, para lo que a continuación se dan respuesta a las siguientes cuestiones:

1. A veces uso tiras que he sacado del fondo del bolso o recuperado de la guantera del coche. ¿Mis lecturas se resentirán?

Sí, por supuesto. Para garantizar una lectura certera, debes conservar bien tus tiras, en un contenedor aislado del aire, y en un sitio fresco y seco.

2. ¿Es tan importante lavarme las manos antes de hacerme el test?

Lo es, y mucho. Cualquier cosa que ensucie tus dedos, puede afectar tus lecturas y ofrecer altos niveles de glucosa. Lávate las manos con agua, con toallitas o soluciones higienizantes si estás fuera de casa. Si no te resulta posible lavarte las manos, limpia la primera gota de sangre y haz el test con la segunda, para así conseguir una lectura más precisa.

3. ¿Es verdad que algunos fármacos no relacionados con la diabetes pueden afectar mis lecturas?

Así es. Medicinas como los corticosteroideos y algunos fármacos antidepresivos, pueden incrementar los niveles de glucosa en sangre. En cambio, la aspirina los puede disminuir. Si acabas de debutar en diabetes o bien estás comenzando con un nuevo medicamento, debes hablar con tu médico para averiguar si los fármacos que tomas pueden impactar y alterar tus lecturas de azúcar.

4. Me gustaría dar un descanso a mis dedos. Si cambio de sitio, ¿serán las cifras resultantes tan certeras?

Si bien la mayoría de los medidores ofrecen la alternativa de otras partes del cuerpo, siempre será más certera la lectura en el dedo. Sobre todo, en períodos de cambios rápidos en tus niveles de glucosa en sangre, como por ejemplo después de las comidas o de hacer ejercicio. Es mejor seguir con los dedos, pero alternando para ahorrarte molestias o dolor.



5. No consigo que mi dedo sangre. ¿Qué puedo hacer?

Lávate las manos con agua cálida, sobre todo en las mañanas frías; cambia siempre las agujas; y ajusta la profundidad de la penetración de la aguja. Si sigues teniendo

problemas, deberías probar un nuevo medidor que requiera menos sangre. En todo caso, debes comentarlo con tu médico.

6. ¿Qué pasa si utilizo el mismo dispositivo durante años?

Aunque la humedad y las extremas temperaturas pueden afectar al rendimiento del medidor, lo cierto es que el dispositivo puede funcionar bien durante años. Por tanto, si funciona bien, no hay por qué cambiarlo. Hay que prestar atención a los mensajes de error que pueden ofrecer la mayoría de los medidores. Y también es una buena idea hacer chequeos con soluciones de control. Así sabremos si la lectura está en el rango correcto.

Este artículo forma parte de la revista impresa [DiabetesFEDE](#), si quieres recibirla en tu casa, suscríbete o consulta una selección de sus reportajes en la web de [FEDE](#). ■

MÁS INFORMACIÓN, MEJORES DECISIONES

Las lecturas de la glucosa en sangre son esenciales para el buen control de la diabetes y mejorar las técnicas que se utilizan para llevarlas a cabo puede tener numerosos beneficios:

- A largo plazo, si se es constante en la monitorización de la glucosa en sangre, se apreciará cómo factores como

la comida, el ejercicio, el estrés y el sueño, afectan a los niveles de glucosa. Y esa información puede ayudar a conseguir mejores cifras.

- A corto plazo, la lectura de los niveles de glucosa revelará, cuando el azúcar está demasiado alto o demasiado bajo.



REDACCIÓN
Revista EN3D

TU OPINIÓN CUENTA



FEDE traslada sus prioridades a los políticos

Melody Expósito Delgado

Un enfermero/a es una de las cosas que deberíamos pedir para los colegios, para que al menos quién tenemos niños pequeños que no se autocontrolan con diabetes y otras enfermedades o alergias podamos hacer una vida un poco más tranquila sabiendo que alguien capacitado está ahí para atenderlos en cualquier momento dado y siempre que lo necesiten.



El rol del glucagón

F. Javier Ortega - @JavisDolce

Deseando la comercialización del Glucagon Nasal que facilitará enormemente su administración en la hipoglucemia grave.



Sistemas de monitorización de la glucosa en sangre

Carmen Yoldi - @cyoldi

Evitar pinchazos, sin duda, mejor la calidad de vida, pero aumentar tiempo en normoglucemia mejora bienestar y evita complicaciones de la diabetes. ¡¡Superimportante!!



BREVES EN LA WEB



PÍLDORA DE INSULINA

Una cápsula farmacológica que se fija a las paredes del estómago, liberando la insulina que el cuerpo necesita, podría sustituir a las inyecciones de esta hormona que deben administrarse algunas personas con diabetes tipo 2, para el control de sus niveles de glucosa en sangre. Esta novedosa técnica ha sido desarrollada por un grupo de investigadores del Instituto Tecnológico de Massachusetts y del Hospital Brinham de Boston (Estados Unidos). **Se trata de una píldora que se ingiere y, al llegar al estómago, queda fijada a través de una pequeña aguja, hecha de insulina liofilizada y comprimida.** Además de suministrar este fármaco, necesario para el control de la glucemia, la técnica no resulta molesta, puesto que las paredes del estómago no están dotadas de receptores del dolor. Como han explicado los investigadores, esta capsula, denominada SOMA, ya ha sido probada con éxito en cerdos y consideran que, a través de nuevos estudios, podrían demostrar su potencial para el tratamiento, no solo la diabetes sino también de otras patologías. Para más información, haz clic [AQUÍ](#).

BRAZALETE INTELIGENTE

Un grupo de investigadores de la Universidad de Texas ha desarrollado un brazalete que recopila datos del sudor del usuario, a través de varios sensores, analizando una serie de biomarcadores que pueden resultar de utilidad para el control y cuidado de la salud, en numerosos sentidos. Por ejemplo, **permite analizar los niveles de glucosa en sangre de las personas con diabetes, sin necesidad de extraer una muestra de sangre**, lo que puede facilitar enormemente el abordaje de su patología. Además, también puede analizar datos sobre el estrés o los síntomas de una infección, que se detectan a través del análisis de los biomarcadores inflamatorios y son enviados a una aplicación móvil. Por el momento, este brazalete está siendo desarrollado y probado en humanos, y se espera que pueda ser accesible para el público en un futuro próximo. Para más información, haz clic [AQUÍ](#).





PATRICIA SANTOS



UNA FIGURA A DESARROLLAR

Una mayor formación en Atención Primaria sobre las pautas para el control de la diabetes facilitaría el día a día de las personas con diabetes e impulsaría un abordaje más integral y completo de la patología. Cuando hablamos de diabetes, la puerta de entrada del paciente a la sanidad pública al ser diagnosticado, suele ser el hospital. Sin embargo, ¿qué ocurre tras el debut? ¿Está el sistema adaptado para la gestión integral del paciente con diabetes tipo 1 los 365 días del año?

La realidad es que, en la mayoría de los casos, la persona que vive con diabetes y sale del hospital tras el diagnóstico avanza sola en su tratamiento y autogestión de la patología, hasta la próxima visita con su endocrino. Una situación que, en ocasiones, por la carga del flujo asistencial, se retrasa más de lo debido. Esto provoca que los pacientes vayamos a las redes sociales, busquemos a otros pacientes que nos ayuden en nuestros primeros pasos o que nos den otro punto de vista en aspectos que vivimos de manera muy similar, con el fin de empatizar y buscar apoyo.

Es lógico que, en este sentido, muchos de nosotros nos planteemos la siguiente pregunta: **¿no sería conveniente aumentar la participación de Atención Primaria (AP) en el seguimiento del paciente con diabetes tipo 1?**

Actualmente, en los centros de salud, es la enfermera quien suele tener un contacto más directo con nosotros para la renovación de tiras, la insulina, la revisión del pie diabético (cuando la Comunidad Autónoma lo incluye) y algunas competencias más. Sin embargo, sería muy interesante que los profesionales sanitarios de Atención Primaria tuviesen más conocimientos sobre algunos de los aspectos más básicos de la diabetes, pero fundamentales para una adecuada gestión de la patología.

Más conocimientos, mejor atención

Desarrollar y dar formación a estos profesionales en conteo de raciones, índices glucémicos o gestión básica de las nuevas tecnologías que comienzan a formar parte de la vida de las personas con diabetes, sería un punto muy interesante para trabajar, ya que de manera fácil y más continuada podríamos consultar con nuestro médico o enfermero de AP dudas fundamentales para nuestro autocuidado diario. Consultas que no pueden esperar seis meses o un año para resolverlas con tu endocrino.

Este abordaje integral de la diabetes, desde cualquier área y profesional de la Sanidad, podría suponer un cambio fundamental en cómo se gestiona la diabetes hoy día. Actualmente, a excepción de algunos centros que apuestan por formaciones básicas a pacientes, lo habitual es que estos conocimientos no se fomenten entre los médicos y enfermeras de AP, un rol profesional fundamental e integrado en la vida de cualquier paciente.

No obstante, surgen muchas alternativas a la hora de mejorar el flujo asistencial y formativo de los pacientes desde AP, como **integrar una figura de educador diabético por cada centro de Atención Primaria**, ya sea para tipo 1 o tipo 2.

Apostar por la formación de los profesionales de AP como catalizadores de conocimientos para los pacientes con diabetes es, sin duda, una apuesta segura para mejorar la calidad de vida de las personas, la adherencia al tratamiento y los hábitos de vida saludables, que de manera indirecta favorecen la prevención de complicaciones futuras.

Y vosotros ¿qué opináis? ■

La labor de los profesionales de Atención Primaria está estrechamente ligada a la evolución del papel del paciente y el impulso imparable de la humanización de la Sanidad, como explica el presidente de la Fundación Humans, Julio Zarco.

JULIO ZARCO
Presidente de
la Fundación Humans.



‘La humanización no es una moda’

En el abordaje de la diabetes, la Atención Primaria juega un papel fundamental en su conjunto. ¿Qué elemento destacaría como clave de entre todos los que la conforman?

La Atención Primaria (AP) es un elemento clave en el manejo y seguimiento de cualquier patología crónica, y muy especialmente en la diabetes, para la que una atención resolutoria y alineada con el paciente es fundamental. Quizás los elementos más importantes que puede aportar la AP al mundo de la diabetes son: diagnóstico precoz; educación para la salud; prevención y promoción de la salud; conocimiento del entorno del paciente; y, por supuesto, continuidad asistencial del paciente en el sistema sanitario. El conocimiento que posee la enfermera y el médico de familia

de los pacientes crónicos y de su entorno son cruciales para un adecuado manejo de estos casos que muchas veces son de alta complejidad.

A pesar de ser un pilar en la atención del paciente crónico, son necesarios más recursos para hacer frente a una presión asistencial cada vez mayor. ¿Cómo afecta esto a la atención que reciben los pacientes?

Es muy necesario incrementar los recursos humanos y de otro tipo para dar una adecuada atención a los pacientes crónicos, pero es más importante, si cabe, que los sistemas sanitarios reorienten y reorganicen su actividad asistencial al paciente crónico y sus familias, con un alto énfasis en los pacientes crónicos domiciliarios de alta

“**EL CAMBIO DE PARADIGMA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE YA SE HA PRODUCIDO**”

complejidad. Mientras que no se repiense el sistema sanitario y se ajusten los recursos para la atención al paciente crónico, asistiremos a un deterioro progresivo de la calidad asistencial.

Recientemente, desde la Fundación Humans se publicó el informe “Participación de los ciudadanos en la toma de decisiones sanitarias”, algo relevante en diabetes. ¿Podemos decir que estamos ante un verdadero cambio de paradigma en la relación médico – paciente?

Este informe pone de manifiesto, de manera clara, que el cambio de paradigma en la relación médico-paciente ya se ha producido. Es una situación imparables, que el ciudadano necesita y en la que está comprometido para ver un cambio de la relación, no solo del médico con el paciente, sino también del ciudadano con el sistema sanitario y con las administraciones. Ya no puede entenderse una relación asimétrica en la que el paciente sea un sujeto pasivo que, de manera contemplativa, soporta los cuidados que le son dados. Ahora el paciente es un elemento proactivo, informado y formado, para tomar decisiones sobre su salud de una manera responsable.

La aparición de un nuevo actor: el paciente empoderado, ¿cómo cree que está afectando a este nuevo paradigma de relación?

Que el paciente sea un sujeto activo, informado y formado, es el elemento nuclear en el cambio de la relación. No obstante,

los sectores profesionales presentan, en muchas ocasiones, resistencias al cambio, producto de dudas, incertidumbre y desconocimiento. Es la sociedad civil, el elemento fundamental, que puede evidenciar y generar un cambio de relación, un cambio de modelo y, en definitiva, una sociedad más deliberativa.

Otro aspecto clave es la “humanización asistencial”. ¿En qué punto se encuentra esta vuelta a este valor fundamental de toda profesión médica?

No puede entenderse la asistencia sanitaria sin un elemento de humanización. Una atención sanitaria no humanizada es, simplemente, una dispensación de un servicio técnico frío, inhumano, carente de dignidad y compasión. En este momento, todos los servicios autonómicos de salud han elaborado planes estratégicos de humanización que garanticen la implementación de medidas de personalización de la atención. La humanización no es una moda, es un valor inherente a la atención sanitaria y a los sistemas sanitarios sostenibles, de calidad y de bienestar. Existe una gran sensibilidad de las administraciones sanitarias y de los movimientos asociativos, así como de los profesionales sanitarios, que comienzan a sumarse a este renacer de la humanización sanitaria.

¿Qué iniciativas se llevan a cabo desde la Fundación Humans para facilitar este proceso de humanización?

La Fundación Humans es una fundación sin ánimo de lucro que dirige sus objeti-

vos a promover y potenciar las acciones de humanización del sistema sanitario a través de acciones concretas y mediante investigación en el sector sociosanitario. En este momento, la Fundación está inmersa en la ejecución y evaluación de siete proyectos, que van orientados a las líneas estratégicas fundamentales de todo el espectro de áreas de alta sensibilidad: cronicidad, salud mental, oncología, infecciosos, etc.

Tanto en la comunicación médico – paciente como en el ámbito de la humanización, ¿qué papel cree que juegan o deben jugar las redes sociales?

La humanización y la tecnología no son elementos contrapuestos, sino muy al contrario, son elementos complementarios. Las redes sociales son herramientas que, por su gran capacidad de difusión y alcance, deben utilizarse con responsabilidad para poder interconectar a los distintos interlocutores del sector sanitario. Además, no solo tienen una utilidad informativa, sino que existe una dimensión formativa, educadora e integradora que ha de potenciarse.

¿Y en el caso de las asociaciones de pacientes?

Las asociaciones de pacientes deben seguir su hoja de ruta de profesionalización y rigurosidad, y para ello conviene que consigan una cohesión y un nivel de comunicación interorganizacional que les facilite su vertebración. En este sentido, las redes sociales, son una herramienta que genera cohesión, fluidez y posibilidad de participación. ■



Fundación HUMANS para la promoción de la humanización en la asistencia sanitaria





Receta de "Una diabética en la cocina"

BRÉCOL CON POLLO AL CURRY

Ingredientes

- 900 gramos de brécol.
- 200 gramos de cebolleta.
- 200 mililitros de leche desnatada.
- 3 dientes de ajo.
- 500 gramos de pechuga de pollo limpia.
- 30 gramos de aceite de oliva.
- Especias: orégano, pimentón picante y curry.
- Sal y pimienta negra molida.

Racionamiento

- 900 gramos de brécol: 3 raciones de hidratos de carbono.
- 200 gramos de cebolleta: 1 ración de hidratos de carbono.
- 200 ml. de leche desnatada: 1 ración de hidratos de carbono y 0,5 raciones de alimento proteico.
- 500 gramos de pechuga de pollo limpia: 10 raciones de alimento proteico y 3,5 raciones de grasas.

Elaboración

1. Poner una cazuela al fuego con agua y sal para cocer el brécol. Dejar durante 6 minutos en agua hirviendo, para que quede al dente.
2. Una vez cocido, enfriar en agua bien fría para detener la cocción, y dejar escurrir después, para reservarlo.
3. En una sartén con el aceite de oliva caliente, sellar las pechugas de pollo troceadas y salpimentadas, hasta que queden doradas.
4. Después, incorporar los dientes de ajo laminados y dejar dorar también. Añadir la cebolleta cortada en juliana y sofreír hasta que tome color.
5. Mientras tanto, mezclar una cucharada sopera de curry con una cucharadita pequeña de agua y formar la pasta de curry que habrá que añadir al pollo, una vez bien rehogados los ingredientes. Añadir también un toque de pimentón picante y una pizca de orégano seco, y mezclar todo bien para que se integren todos los ingredientes.
6. Una vez llegado a este punto, añadir los 200 mililitros de leche desnatada y dejar reducir a fuego medio hasta que tome un poco de consistencia.
7. Incorporar el brécol y dejar rehogar unos minutos para que se unifiquen todos los sabores. Ya tendremos preparado nuestro plato de hoy.

- 30 gramos de aceite de oliva: 3 raciones de grasas.

Total raciones de hidratos de carbono:

5 raciones x 40 calorías = 200 calorías.

Total raciones de alimento proteico:

10,5 raciones x 40 calorías = 420 calorías.

Total raciones de grasas:

6,5 raciones x 90 calorías = 585 calorías.

Total calorías: 1205 calorías.

Dividimos esta cantidad en 5 partes iguales, una para cada comensal.

Cada comensal tomará:

1 ración de hidratos de carbono x 40 calorías = 40 calorías.

2,1 raciones de alimento proteico x 40 calorías = 84 calorías.

1,3 raciones de grasas x 90 calorías = 117 calorías.

Total calorías por comensal: 241 calorías.

Creemos en la reducción de azúcar, no del sabor.

Desde Coca-Cola en España queremos contribuir a que las personas reduzcan su consumo de azúcares.

Por eso en los últimos 16 años hemos bajado en un 38% el azúcar promedio de nuestra oferta de bebidas.

Coca-Cola Iberia

¿TE PERDISTE ALGÚN NÚMERO?



SIGUENOS EN LAS REDES SOCIALES Y MANTENTE INFORMADO

