Asociación Diabéticos Getafe
AD G
PADECER DIABETES
Un objetivo: "Mejorar la Calidad de Vida de los Diabéticos
Asociación Diabéticos Getafe
ADG JOVEN
Año XVII - N.º 56 - septiembre, 2019
REVISTA DE INFORMACIÓN DIABETOLÓGICA
DE LA ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE GETAFE

EDITADA POR:

Asociación de Diabéticos de Getafe

NIF : G-82699075

N.º Registro de Asociaciones C. de Madrid: 21.703

N.º Registro de Asociaciones de Getafe: 457-J/00

Dirección Social:

Álvaro de Bazán, 12, bajo, local 7
28902 Getafe (Madrid)

Teléfono: 91 665 14 10 / 654778879

E-mail: *adgetafe@gmail.com*

Pagina Web: *www.adgetafe.es*

Horario de atención al público:

Lunes y miércoles de 18 a 20,30 horas
Martes y Jueves . 11:30 a 13:30 horas *

(*) Llamar antes.

EQUIPO DIRECTIVO ASOCIACIÓN:

Presidente: ***Juan Antonio Illescas Tamaral***
Vicepresidente: ***Miguel Díaz Sánchez***
Secretario: ***Félix Campillos Sierra***
Tesorera: ***Pilar Martín Marcos***

REDACTOR JEFE REVISTA:

Leandro Limón Montero

EQUIPO Redacción REVISTA:

Félix Campillos Sierra

Juan Antonio Illescas Tamaral

SUMARIO

Información General	Pág.
Directorio	2
Editorial	3
Hoy hablamos de ...	4-5
Notas informativas - Sabías que...	6
Opinión	7
Conocer España	8-9
• Pueblos, Arte, Historia	
Tablón de la Asociación	10
Noticias	11-12
Coleccionable	I-IV
Ejercicio, Dietas y Alimentos	13
Pasatiempos	14
Hablan los Jóvenes	15
Desde mi Atalaya	16
Noticias de nuestro entorno	17-20
Nuestras actividades	21-23
• Día Mundial de la Diabetes 2019 • XIX Festival de la Asociación • Semana de la Diabetes 2019	

Portada:

Catedral de Málaga, vista desde el Patio de los Naranjos

Colaboran:

CONSEJERIA DE SANIDAD COMUNIDAD DE MADRID

AYUNTAMIENTO DE GETAFE AREA de Salud y Consumo

BD

LA INFORMACIÓN EMITIDA POR ESTA REVISTA NUNCA PUEDE SUSTITUIR AL MÉDICO

La revista *PADECER DIABETES*, no se hace responsable, ni tiene por qué estar de acuerdo, con los contenidos aportados por nuestros colaboradores.

Datos de la Revista: Creación: Octubre de 2001 - Tirada: 800 Ejemplares - Distribución: Gratuita

Juan Antonio Illescas Tamaral,

Vicepresidente FADCAM

Presidente de ADGETAFE

RECUERDOS…

La Editorial es, como indicábamos en la primera que se hizo y que marcó su finalidad, una herramienta relacionada con temas de nuestra diabetes. Hoy cumpliendo su fin, hablaré de Diabetes, de la Asociación y… de los que la padecen.

La diabetes es una ¿carencia?, o enfermedad crónica y degenerativa, pero esto no la define totalmente, hay personas que no son ni diabéticos tipo 1, ni tipo 2, ni gestacional y sin embargo la padecen: los llamados tipo 3 (Padres, hermanos y cualesquiera que se responsabilice de los verdaderos afectados).

Para tratar de mejorar la calidad de vida de los que la padecen, se crean Asociaciones, ese fue el motivo que nos impulsó a Miguel Díaz y a mí a crear la de Getafe allá por el año 2000 y como todo lo que se hace sin ánimo de lucro y por el bienestar de un colectivo, con mucha ilusión.

En estos casi 20 años hemos luchado muchas personas por conseguir estos objetivos y de los 18 iniciales hemos pasado a más de 600 personas que se han beneficiado de la ayuda que les hemos podido dar. Esta cifra, para una población *Diana* de más de 20.000 en Getafe, no es para estar muy contentos que digamos. Cuando nos quejamos de no tener lo último para tratarnos, los únicos culpables somos nosotros, los que padecemos diabetes, más de 6.000.000 a nivel nacional y los más de 700.000 en nuestra Comunidad de Madrid, que **NO LUCHAMOS** por ello.

Como ya dije en una anterior editorial, las personas que padecemos diabetes *"Somos un colectivo dormido, a veces asustado y con miedos profundos que nos pueden causar depresiones tremendas. Otras veces, faltos de comunicación de nuestro padecer y de una manera obsesiva, celosos de que nadie sepa que la padecemos. Y la mayoría de las veces, sobre todo los de tipo 2, ignorantes de la bomba de relojería que llevamos encima, nos sentimos orgullosos de que tenemos poca diabetes y que nos la controlan en los ambulatorios, como el que tiene una gripe o un constipado. Solo el 12% ó 15%, esta algo informado y se preocupa de mantenerla a raya. Son los Tipo 1, y es porque si no lo hacen se mueren y también algunos tipo 2 que se han dado cuenta que están tratando con una enfermedad crónica y degenerativa."*

Y, no sé los demás ***"luchadores",*** pero yo estoy muy cansado. Eso que decía el tango ***"…que veinte no es nada…"*** es como mínimo discutible.

Espero haber ayudado con mis palabras a que tengamos mejor **Calidad de Vida**, pero como digo siempre, tendremos que hacer un gran esfuerzo para conseguirlo.

¿Qué es la hipoglucemia?

La hipoglucemia se produce cuando existe un nivel bajo de glucosa en sangre, y es un posible efecto secundario de algunos medicamentos para el tratamiento de la diabetes y la insulina. Entre los síntomas se incluyen: sudoración, aceleración del ritmo cardíaco, nerviosismo, sensación de hambre, sensación de mareo seguida de un desmayo, sensación de debilidad y sensación de entumecimiento en la zona de la boca a medida que el cuerpo libera la hormona denominada epinefrina en la sangre. Esta respuesta favorece que los niveles de glucosa en sangre vuelvan a su estado normal, al igual que la liberación de la hormona glucagón del páncreas.

Existen otros síntomas (como los dolores de cabeza, la falta de coordinación, la visión doble, un comportamiento inadecuado y la confusión) que representan un peligro mayor, ya que las personas se pueden sentir confusas antes de que puedan administrarse un tratamiento, y por lo tanto, necesitan la ayuda de otras personas. En los casos más graves de hipoglucemia se pueden producir espasmos, provocar un coma o, en raras ocasiones, la muerte.

Existen determinados alimentos y líquidos que resultan especialmente útiles para tratar la hipoglucemia. Por ejemplo, un vaso pequeño de zumo de manzana o naranja, 5 o 6 caramelos duros o las tabletas de glucosa pueden aumentar el nivel de glucosa en sangre rápidamente. Los diabéticos siempre deberían tener alguno a mano. Evite los alimentos como el chocolate o los frutos secos, ya que, aunque contienen hidratos de carbono, necesitan más tiempo para digerirse debido a que también contienen grasa.

Si se administra insulina, debería consultar a su equipo médico sobre la posibilidad de contar con un equipo de glucagón en casa. El glucagón puede aumentar los niveles de glucosa en sangre con rapidez; debe administrarse por inyección. En caso de que la persona con diabetes sufra un episodio grave de hipoglucemia y no esté lo suficientemente atenta para comer o beber algo, puede enseñar a alguna de las personas con las que comparta domicilio a inyectar el glucagón.

Félix Campillos Sierra
Secretario de ADGetafe y Portavoz de la Plataforma para el impulso de la investigación con células madre en la Comunidad de Madrid

Durante los pasados meses no se han producido noticias relevantes en relación con la investigación de Células madre y su aplicación para el posible tratamiento de la diabetes.
Por otra parte, me ha parecido interesante adjuntar el artículo escrito por un profesional de la Medicina y además paciente de diabetes, que se ha publicado en la revista DIABETES Nº 58 del pasado mes de agosto que publica la SED (Sociedad Española de Diabetes)

La relación de los pacientes con el sistema sanitario

Daniel Royo Sanchis
Psicólogo.
Hospital U. La Fe - Valencia

A principios del mes de junio pasado, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (Aemps) anunció la puesta en marcha de un portal que permite la notificación electrónica de incidentes de productos sanitarios por parte de profesionales sanitarios y de pacientes.

La Aemps, en su nota de prensa (03/06/2019), explica la importancia de notificar estos eventos, ya que esa acción es *"esencial para permitir un mejor conocimiento del funcionamiento de los productos sanitarios en su uso habitual, e identificar señales que hagan sospechar de la existencia de problemas con un producto sanitario".*

Esta frase parece dirigirse directamente hacia los pacientes, que somos quienes usamos a diario los productos sanitarios. Más todavía en diabetes porque bombas de insulina y medidores de glucosa intersticial son calibrados, instalados e incluso actualizados por los pacientes, con mínima intervención profesional.

Hablando de manera global, ¿La relación de los pacientes con la sanidad es participativa? La iniciativa de la Aemps da un paso más en la participación efectiva de los pacientes en la sanidad. Una participación regulada y real.

No es una invitación a: opinar, revisar, contribuir a posteriori…

Subrayo la diferencia que hay entre participación e invitación.

La participación es activa y desde el inicio.

La invitación es pasiva y posterior.

Pero la contribución de los pacientes al sistema sanitario no es nueva.

Formalmente, como ciudadanos, y desde hace bastantes años, podemos contribuir de diferentes formas.

Quejas, sugerencias y agradecimientos expresados por escrito y que se suelen presentar en los Servicios de Atención y Comunicación con el Paciente (SAIP).

Contra la creencia popular, estas acciones sí que sirven -y de mucho- para el sistema sanitario. Las quejas se suelen contestar por escrito a la persona que las ha formulado y las responde el servicio responsable, a veces incluso, pasando por la Gerencia del centro sanitario.

Los agradecimientos son trasladados hacia el profesional sanitario que ha generado el reconocimiento. Del mismo modo, las sugerencias son remitidas hasta el servicio correspondiente.

La participación formal de los pacientes en muchos casos a través de las asociaciones locales, autonómicas y nacionales también se expresa en la intervención en los Consejos de Salud, en algunos Comités de Bioética así como en el desarrollo de Acuerdos de Gestión.

En el área de diabetes, es de destacar la colaboración de los pacientes en los Planes de Diabetes de Andalucía y la Comunidad Valenciana o en la Estrategia Nacional de Diabetes. Con una diferencia clara, en el Plan de Diabetes de la Comunidad Valenciana tanto en la edición de 2006 como en la última de 2017 se incluye la participación efectiva de los pacientes como autores del documento.

Como decía antes: participación activa y desde el inicio.

En la Estrategia Nacional de Diabetes y en el Plan Diabetes Andalucía los pacientes aparecen como revisores o Comité Técnico.

LA PARTICIPACIÓN ACTIVA

Ya que estamos en plena época estival y los tenemos muy cercanos en el tiempo, es bien conocido el desarrollo de los campamentos de verano por parte de las Asociaciones de Pacientes, a menudo en colaboración con los servicios de pediatría y endocrinología de los Hospitales de referencia.

Como dice el pediatra Roque Cardona "*El objetivo secundario de los campamentos de verano es el refuerzo de la educación en diabetes".*

En este mismo sentido, no son pocas las asociaciones las que tienen un servicio de educadora en diabetes que complementa la educación que se recibe en los centros sanitarios.

Las Escuelas de Pacientes, como la andaluza, son otra forma de participación en el sistema sanitario. Son los propios pacientes los que forman a otros pacientes, con o sin la colaboración de profesionales sanitarios.

Los Programas de Paciente Experto o Paciente Activo van en esta línea, como las experiencias en Asturias, Euskadi, Cataluña, Castilla León (muy destacable porque se centra en la diabetes tipo 2), Comunidad Valenciana, Canarias o Baleares.

El concepto de "Experiencia del paciente" según el Instituto de Experiencia del Paciente (Iexp) *"consiste en escuchar las necesidades profundas de los pacientes y transformar junto con ellos el contexto sanitario para alcanzar resultados en salud y bienestar que se puedan medir científicamente."*

La Unidad de Diabetes del Hospital Clínic lleva tiempo trabajando en torno a este concepto, incorporando a los pacientes en la evaluación de los programas que desarrollan, dándoles voz y voto para poder cambiar aquellos aspectos de la gestión en torno a la asistencia sanitaria que reciben.

LA ÚLTIMA FRONTERA, LA HISTORIA CLÍNICA

Estas dos últimas semanas, en mi cuenta de twitter, he podido tener un buen debate sobre la participación del paciente a raíz de un comentario mío:

¿Y si el propio paciente pudiera escribir en la Historia Clínica? Una nota de seguimiento de su proceso… ¿sería muy diferente a lo que escribe el profesional?

Mi tuit venía como contestación a otro de Miguel Ángel Mañez comentando un post en Kevinmd (plataforma donde conviven historias de profesionales y pacientes) acerca de si los pacientes debían leer las notas clínicas que escriben los profesionales sanitarios.

Me vuelvo a remitir al párrafo casi inicial: acceder a la historia clínica es algo pasivo y a posteriori.

Participar de la historia clínica es algo activo y en el momento.

En diabetes, como en cualquier otra enfermedad crónica, la narrativa de los pacientes es fundamental para poder conocer y mejorar la atención sanitaria. No es infrecuente llegar a pactos consensuados con los profesionales sanitarios, como tampoco es raro que al acabar la consulta no recuerdes la mitad de las cosas que has hablado con el profesional sanitario.

Desde mi punto de vista, que un paciente pueda escribir en su propia historia clínica sólo puede ofrecer puntos de mejora.

Por supuesto bien regulado.

Algunas aportaciones del debate que se lanzaron fueron: *sería muy útil un diario personal de hospitalización; en el ámbito del dolor, transcriben literalmente lo que dice el paciente y eso permite una mejor comprensión del problema del paciente y diferenciarlo del código diagnostico; El relato de lo sucedido y percepción del paciente es la base sobre la que se debe construir todo el proceso asistencial; Proyecto Open Notes: compartir notas clínicas.*

Para finalizar, me permito reescribir la nota de prensa de la Aemps, cambiando el sentido, desde productos sanitarios a la participación del paciente: ***es esencial para permitir un mejor conocimiento del funcionamiento de la asistencia sanitaria en su uso habitual, e identificar señales que hagan sospechar de la existencia de problemas con la asistencia sanitaria.***

La investigación con células madre se abre camino en la artrosis de rodilla

Ha demostrado buenos resultados en modelos animales, pero se encuentra aún en fase de desarrollo

Fuente: **gacetamedica**

La investigación con **células madre** en **artrosis de rodilla** muestra un potencial terapéutico esperanzador, sin embargo, la generalización del uso de esta técnica está aún limitada por múltiples aspectos de tipo técnico y biológico. Tal y como destaca **José de la Mata Llord**, director del Instituto de Salud Osteoarticular ARI, este tratamiento está aún en fases de investigación.

*"El tratamiento exclusivo con células madre es un tratamiento muy preliminar que **está todavía en fases de desarrollo pero podría ser prometedor**. Los resultados que hemos obtenido en modelos animales son muy buenos, pero en humanos hay que demostrar mucho aún"*, señala el experto. Qué número de células es mejor inyectar o cada cuánto tiempo son cuestiones que todavía están pendientes de resolver.

*"A las células madre básicamente se le atribuyen dos mecanismos de acción. Por un lado, son como grandes hospitales rodantes que tienen gran cantidad de sustancias aparentemente reparadoras y buenas para la articulación, las llamadas **'carriers' de sustancias antiinflamatorias"**, destaca De la Mata. "Y por otro lado, tiene la propiedad de diferenciarse de las células del cartílago y reponer los 'parches' con células cartilaginosas que derivan directamente de estas células madre que se implantan. Incluso tendría una tercera función que es estimular a las células madre que están residentes en la articulación para que ellas mismas también se diferenciaran*", añade el reumatólogo quien puntualiza que *"todo esto es hipotético ya que solo lo han demostrado en animales"*. El experto confía en que tengan resultados concluyentes en los próximos años.

Patología degenerativa

Sobre si la investigación con células madre también se está estudiando en otras patologías, el director asegura que en la **patología degenerativa** *"es donde más se están centrando nuestros esfuerzos porque la población está envejeciendo, y realmente, lo que nos gusta es envejecer con buena salud articular"*. Y añade "*Quizás es en las patologías prevalentes como la artrosis donde más se está investigando".*

Por otra parte, el director del Instituto ARI destaca que *"es importante aclarar que 'células madre' es un término ambiguo bajo el que se amparan múltiples tratamientos regenerativos, algunos de los cuales, ni siquiera contienen células madre. Este es el caso, por ejemplo, del **plasma rico en plaquetas (PRP)**. El PRP es un tratamiento útil y seguro para la artrosis de rodilla que con frecuencia se confunde con células madre y, sin embargo, no tiene células madre".* Tratamientos como los concentrados de grasa abdominal o de médula ósea, que están formados por múltiples células (macrófagos, pericitos, linfocitos...) también generan confusión.

¿SABÍAS QUÉ...

...Consumo seguro de alcohol?

Leandro Limón-ADGetafe

Las personas con diabetes suelen presuponer que tienen el alcohol prohibido. No es así. Para la mayoría de las personas, vigilar la cantidad que se bebe y lo que se bebe ayuda a evitar los problemas de niveles bajos de glucosa en sangre relacionados con el alcohol. Normalmente, al reducirse la glucosa en sangre, el hígado convierte en glucosa las reservas de hidratos de carbono del cuerpo. Esta glucosa, una vez enviada al flujo sanguíneo, contribuye a evitar o a frenar los niveles bajos de glucosa en sangre. Este proceso se ve interrumpido al introducirse alcohol en su sistema. La prioridad principal del hígado es limpiar el alcohol de su sangre enseguida, por lo que no enviará más glucosa al flujo sanguíneo hasta que haya eliminado la toxicidad del alcohol. A medida que descienden los niveles de glucosa en sangre, puede ponerse hipoglucémico.

Para contribuir a evitar niveles bajos de glucosa al beber alcohol, coma una comida o un tentempié que contenga hidratos de carbono con su bebida. Como los efectos del alcohol sobre la glucosa pueden durar hasta 12 horas, es conveniente que analice su glucosa en sangre antes de acostarse. Si se encuentra en un nivel seguro (entre 100 y 140mg/dL), no debería tener problema. Si es más bajo, coma un tentempié (medio bocadillo, yogur, cereales fríos, queso y galletas saladas, manzana y mantequilla de cacahuete) para hacer que aumente.

Un consumo de alcohol moderado es una bebida alcohólica al día para las mujeres y dos al día para los hombres. Una bebida se define como una lata pequeña de cerveza, un vaso pequeño de vino o un solo chupito de licor. Las cervezas light o los vinos secos son buenas opciones porque tienen menos alcohol y menos calorías. Si le gustan los combinados de alcohol, utilice refrescos dietéticos, agua o agua carbonatada como mezcla. Evite las bebidas con mucha glucosa, como los vinos dulces o los combinados azucarados, como la piña colada o la sangría.

LAS MEJORES SUGERENCIAS SI BEBE ALCOHOL

- Si la diabetes está bien controlada, la cantidad de alcohol debe limitarse a una sola bebida al día para las mujeres y dos al día para los hombres. Si no ha logrado un buen control de la diabetes, no beba.
- Opte por cervezas light bajas en calorías, vinos secos o combinados con refrescos dietéticos, tónica o agua carbonatada.
- Informe a su médico o educador en diabetes si bebe alcohol con regularidad o si sus hábitos de beber han cambiado últimamente.
- Coma siempre una comida o tentempié cuando bebe para protegerse de la hipoglucemia. Analice su glucosa en sangre antes de acostarse si ha bebido algo esa noche. Si está muy baja, coma un tentempié.
- Puede intercambiar las calorías del alcohol por aquellas que le proporcionaría una comida rica en grasas. Pero no sustituya nunca una comida por alcohol.

GENERALIZANDO, las actividades que realizamos son de varios tipos:

- *De carácter fijo:*

Atención, información y apoyo moral en la sede de forma habitual todos los lunes y miércoles del año (excepto vacaciones puntuales).

- *informativo/ formativo:*

Cursillos sobre temas diabéticos impartidos por personal cualificado en diabetes

- *De temas lúdicos:*

Como las visitas programadas a lugares de interés histórico, cultural o simplemente recreativo para crear clima asociativo.

- *De tipo social:*

Campamentos y albergues juveniles. Atención a los niñ@s diabétic@s en todas las facetas: desde las educativas a las lúdicas. Visitas a discapacitados para apoyo moral y ánimo, etc.

- *De carácter puntual:*

Día Mundial del Diabético, Semana y Feria de Salud y cualquier Foro u otro evento que justifique nuestra presencia y acción.

Leandro Limón Montero
Vocal de ADGetafe y responsable de la edición de la Revista PADECER DIABETES

TRAS AÑOS DE RECORTES Y PRIVATIZACIÓN DEL SISTEMA

El Gobierno del PP en Madrid deja una sanidad pública en estado crítico

✓ *1.400 millones menos de presupuesto en 2019 que la media del resto de comunidades autónomas.*

***Fuente:* nuevatribuna**

El balance de legislatura (2014-2019) de la Comunidad de Madrid en materia sanitaria no puede ser más desalentador. Los datos recogidos por el Observatorio Madrileño de Salud, del que forman parte ayuntamientos, sindicatos, asociaciones profesionales y distintas entidades sociales, sitúan la sanidad pública madrileña en parámetros negativos muy alejados de la media del resto de comunidades autónomas.

El deterioro del sistema se ha ido fraguando en las dos últimas décadas con una legislación autonómica enfocada a privatizar progresivamente el sistema, un camino que, en buena medida, ya dejó expedito la ley estatal de 1997 al permitir, entre otras cuestiones *"la prestación y gestión de servicios sanitarios y sociosanitarios llevarse a cabo, además de por medios propios, mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades públicas o privadas".*

Una sanidad pública infrafinanciada

El principal problema el sistema sanitario público madrileño **es una financiación insuficiente**. Si el presupuesto sanitario madrileño alcanzara en 2019 el promedio per cápita de las CCAA tendría que haber sido de 9.514 millones de euros y el realmente aprobado fue de 8.106 millones, es decir **1.400 millones menos de lo necesario para igualarse al gasto per cápita promedio de las CCAA.**

La falta de recursos para la atención primaria es otro asunto relevante, ya que **se ha pasado del 12,67% del presupuesto total en 2010 al 11,63% en 2016 y continúa bajando, llegando en 2019 al 10,9%.**

Por contra, **las cantidades dedicadas a la privatización** se han incrementado notablemente mientras que por ejemplo las partidas para infraestructuras han ido descendiendo, lo que explica el mal estado de las mismas que se ha expresado en numerosos incidentes (techos caídos, rotura de cañerías, etc.).

Asimismo, el gasto farmacéutico ha ido en aumento, alcanzando el 21,51% en los últimos 4 años. **Entre 2014 y 2018 se ha producido un crecimiento del gasto hospitalario del 27,68% y del gasto en recetas del 17,48%**, este último, a pesar de los copagos farmacéuticos (aproximadamente 400 millones de euros anuales que aportan los ciudadanos directamente de su bolsillo) y de que 169.000 personas señalan no tener acceso a los medicamentos prescritos por problemas económicos.

La atención primaria, marginada y deteriorada

La progresiva desfinanciación de la atención primaria se ha traducido en una mayor presión asistencial y en demoras en las citas médicas. Madrid se encuentra por encima de la media en número de tarjetas sanitarias individuales por profesional.

Además, el Gobierno del PP ha dejado sin abrir los nuevos centros prometidos, manteniendo los recortes de personal y a la vez introduciendo medidas que empeoran y privatizan la atención primaria, como los llamados centros en transición y los recortes horarios en 14 centros de salud.

Según el informe, en atención hospitalaria y especializada, **existe una media de espera de 148 días, y 590.517 personas están en listas de espera reconocidas, lo que supone un 8,96% de la población.**

Las demoras en las citas en atención primaria se han incrementado y son excesivas, solo un 47,1% recibe cita en 48 horas y hasta un 14,7% en más de 6 días.

Se ha producido una reducción del total de camas hospitalarias con financiación pública en la región (793 camas menos) que además tiene una de las ratios más bajas por habitante. Esta reducción se ha realizado en los centros de gestión totalmente pública mientras aumentaban en los centros de gestión privada y semiprivada.

Las urgencias hospitalarias han tenido un gran aumento en la región y se encuentran saturadas debido a la política de recortes y a la mala gestión.

Recortes de personal

Una gran parte de los recortes presupuestarios han ido a cargo de la disminución de las partidas presupuestarias de personal.

Un menor número de profesionales trabajando, además del incremento de la jornada laboral de 35 a 37,5 horas semanales y su cálculo en cómputo anual, ha supuesto que cualquier profesional trabaje 19 días más al año que 10 años antes. Según las Memorias del SERMAS, **mientras que en 2009 había 75.490 profesionales, en 2017, último año disponible, había 70.171 efectivos, lo que significa todavía una reducción de 5.319 puestos de trabajo.**

El deterioro del sistema se ha ido fraguando en las dos últimas décadas con una legislación autonómica enfocada a privatizar progresivamente el sistema

Andalucía: Un lugar

*Málaga **milenaria y cosmopolita** en el pasado, conserva intactas sus raíces históricas. Si en tiempos remotos fue testigo de los orígenes del hombre y de la cultura mediterránea, hoy convertida en primera potencia de la industria turística andaluza, mantiene viva su tradición de **tierra acogedora** y creativa.*

Málaga marinera en su litoral **donde nunca es invierno**; de vocación serrana, tierra adentro, donde la naturaleza se muestra en todo su **esplendor**. **Pueblos blancos** de hermosa arquitectura, envueltos en románticas leyendas, ponen su punto de **luz** en los recónditos valles donde la vida discurre plácidamente. Y desde la alta sierra la mirada abarca el horizonte hasta perderse en la inmensidad azul del mar.

La provincia de Málaga, se sitúa al sur de la costa mediterránea, entre las provincias de Granada y Cádiz, y limitando al norte con las de Córdoba y Sevilla. Su capital es **Málaga.** Entre el mar y la sierra discurre la historia de esta peculiar provincia, cuya capital fue testigo del despegue económico y cultural del mediterráneo occidental. La **Malaka fenicia** se convirtió en un próspero centro comercial. Tras la invasión **musulmana** del siglo VIII, su territorio se arabiza, se integra, más tarde, en el **reino nazarí** de Granada y vive un nuevo periodo de apogeo comercial y cultural.

En el **siglo XIX**, las siderurgias, la potente industria textil de los Larios y la comercialización de sus vinos, proporciona un importante desarrollo económico a la provincia. Tras décadas de crisis, en la segunda mitad del **siglo XX**, Málaga logra un rápido crecimiento económico gracias a la industria turística. Cada año millones de ciudadanos de todo el mundo eligen esta paradisíaca tierra para descansar en sus soleadas playas, conocer su rico patrimonio monumental o adentrarse en la belleza salvaje de su geografía serrana.

La provincia malagueña cuenta con **más de 160 kilómetros de franja costera**. El mar Mediterráneo baña directamente un total de 14 municipios malagueños. Es posible acudir a enclaves escondidos donde la naturaleza más pura rodea el ambiente, o espacios más turísticos y consolidados. Tanto la zona oriental de la provincia, como la occidental disponen de playas tan atractivas que han hecho de la costa del sol un destino de primer orden mundial.

No podemos olvidar el paisaje interior, con **más de 15 espacios protegidos** como reserva, paraje o monumento natural. Lugares que recorren desde las profundidades del Mediterráneo a las altas cumbres. **Bosques y ríos mágicos** donde es posible todavía encontrar zorros, águilas reales o cabras montesas.

En la provincia de Málaga, el turista encontrará una fusión entre cultura tradicional andaluza, un paisaje impresionante, sol e infinitas playas. La principal industria es el turismo, en concreto en los complejos de la Costa del Sol, que reciben a millones de personas cada año.

Las áreas más destacadas son **Marbella, Puerto Banús, Mijas, Estepona, Fuengirola** y **Benalmádena.** Pero no se trata solamente de sol y arena, los turistas también encontrarán todo lo que necesitan en cuanto a servicios y atracciones.

En cultura e historia, Málaga tiene mucho que ofrecer. Muchos museos y monumentos están en Málaga capital donde existe una rica herencia musical y cultural además de una completa agenda de festivales durante todo el año.

La ciudad de Málaga se encuentra situada en un privilegiado **enclave natural**; el mar Mediterráneo baña sus costas, y los montes de Málaga, declarados Parque Natural, la circundan.

Grandes y hermosas plazas y jardines, monumentos de diferentes estilos artísticos y huellas de la presencia de la **civilización romana y musulmana** se muestran ante el visitante que pasea por el centro de la ciudad, camina por el paseo marítimo disfrutando de la brisa del mar o contempla desde el autobús turístico todo lo que **Málaga** le ofrece.

Bajo la atenta mirada del Castillo de Gibralfaro se extiende una ciudad alegre y bulliciosa plagada de bellos rincones, como la Alameda Principal o el paseo marítimo de La Farola. Su condición de capital de la **Costa del Sol** la convierte en uno de los destinos turísticos más importantes de España, por su clima, por sus playas y por una inmejorable oferta de campos de golf.

Fenicios, griegos, cartagineses, romanos… las principales civilizaciones mediterráneas encontraron en Málaga hace más de dos milenios un enclave privilegiado para el establecimiento de rutas comerciales, gracias a la estratégica situación de su puerto. **La Alcazaba** (s. VIII-XI) es, además de uno de los símbolos de la ciudad, una de las mayores fortalezas árabes de Andalucía. En esta edificación tiene su sede el **Museo Arqueológico**, que contiene valiosas piezas de las épocas fenicia y romana. Desde el **Castillo de Gibralfaro** (s. XIV), unido a la Alcazaba por un lienzo de muralla, se obtienen las mejores vistas de la ciudad, que se abre al mar con el puerto y el **paseo marítimo de La Farola,** una de las principales zonas de ocio de la ciudad. A los pies de Gibralfaro se extienden el **Teatro**

para quedarse 5

Romano, la plaza de toros (conocida como **La Malagueta**) y el casco histórico de la ciudad.

En su centro se levanta la **Catedral** (s. XVI-XVIII), también conocida como *"la Manquita"* por su inacabada torre derecha. Este templo, de bellísima factura renacentista, conserva un interesante conjunto de capillas que contienen buenos ejemplos de la imaginería andaluza. En el barrio viejo destacan otras iglesias como la de **Santiago** (s. XV-XVIII), con bella torre mudéjar, la de **los Mártires**, el **Sagrado Corazón** y el **Santo Cristo de la Salud.** La Málaga histórica ofrece innumerables lugares y rincones típicos. Así, puede admirarse la fachada del **Ayuntamiento**, de principios del siglo XX, o bien la **plaza de la Merced**, presidida por el Monumento a Torrijos y donde queda emplazada la casa natal del célebre pintor **Pablo Ruiz Picasso**. El recorrido por el casco antiguo ha de pasar por el concurrido **Pasaje de Chinitas**, la calle Granada, con el **Museo de Bellas Artes**, o la calle Larios, principal arteria del casco antiguo.

Dentro de la comarca de Málaga también podemos recorrer los municipios de **Churriana**, **Alhaurin de la Torre**, **Campanillas**, **Almogía** y **La Cala del Moral**.

Las fiestas más conocidas de la ciudad son la **Semana Santa** y la **Feria de Málaga**. La primera está declarada Fiesta de Interés Turístico Internacional y la segunda llena de alegría las calles en el mes de agosto. Por último, Málaga es un buen destino para acercarse al arte flamenco.

Costa del Sol. Entre la sierra y el mar se ubica esta comarca, que es mucho más que sol y playa; pueblos blancos situados entre el litoral y la serranía o recostados sobre suaves laderas y puertos pesqueros y deportivos.

En esta franja se mueve un mundo bullicioso y cosmopolita que inunda las soleadas playas, pasea por sus calles y plazas y saborea en chiringuitos playeros y restaurantes de cocina internacional, las exquisiteces de una rica y variada gastronomía, entre la que destaca el *pescaito frito* o los *espetos de sardinas.*

Partiendo de **Málaga** se pueden visitar las localidades de **Torremolinos**, **Benalmádena**, **Fuengirola**, **Mijas**, **Marbella**, **Estepona**, **Manilva**, **Benahavís**, **Casares**, **Ojén** e **Istán**.

La Axarquía malagueña, cuya capital es **Vélez-Málaga**, asciende desde el mar hasta alturas que alcanzan los 2000 metros y se pueblan de viñas y olivos. En el litoral, la sierra se asoma al mar, entre pueblos mediterráneos y mudéjares, playas tranquilas y luminosas, acantilados y recónditas calas.

La comarca ofrece al viajero un abanico de **rutas alternativas** por esta zona: la **Ruta del Sol y del Aguacate**, por los municipios de ***Macharaviaya, Rincón de la Victoria, Iznate, Vélez-Málaga, Benamocarra*** *y* ***Benamargosa;*** **Ruta del Sol y del Vino**, que incluye las localidades de ***Algarrobo, Sayalonga, Canillas de Albaida, Cómpeta, Torrox, Nerja*** *y* ***Frigiliana;*** **Ruta de la Pasa**, por ***Totalán, Moclinejo, Almáchar, El Borge*** *y* ***Comares;*** y la **Ruta del Aceite y los Montes**, atravesando los pueblos de ***Colmenar, Riogordo, Alfarnatejo, Alfarnate, Periana, Viñuela*** *y* ***Alcaucín.***

La Serranía de Ronda es mucho más que un conjunto de sierras cubiertas de una exuberante vegetación mediterránea: profundos y apacibles valles, estrechas gargantas y escarpados tajos, cuevas milenarias como La Pileta y el Gato, donde el hombre prehistórico dejó la huella de su presencia.

El viajero percibe en **Ronda** un halo romántico de leyendas de **bandoleros y toreros**, que lo envuelve todo. Su monumental plaza de toros es una de las más antiguas. El profundo **Tajo** que forma el cauce del río Guadalevín, divide en dos a la ciudad y se ha convertido en una de sus señas de identidad. Los pueblos que pertenecen a esta comarca son, entre otros: ***Gaucín, Genalguacíl, Alpandeire, Cartajima, Pujerra, Ronda, Igualeja, Parauta, Cuevas del Becerro, Jimera de Líbar, Jubrique*** *y* ***Benarrabá.***

Antequera y su entorno es una comarca de tierras llanas salpicadas de cerros, colinas, encrucijada de caminos, que transitan entre el Mediterráneo y el Guadalquivir; valles fértiles, donde los ríos se remansan en pequeños lagos. El viajero descubrirá un inmenso **patrimonio monumental**, obra de la naturaleza y el hombre. **Antequera** cuenta con el más importante monumento megalítico de Europa: el Dolmen de Menga, los de Viera y el Romeral; la Laguna de **Fuente de Piedra** es el santuario de una colonia de flamencos rosas y **el Torcal**, museo natural de misteriosas esculturas, cinceladas por la erosión sobre una enorme roca caliza.

Muestras de arquitectura barroca aparecen por los pueblos del entorno: **Alameda**, **Archidona** y su famosa Plaza Ochavada, **Campillos**, **Humilladero**, **Mollina**, **Teba** y más.

Gastronomía. En el litoral malagueño el visitante encuentra una inagotable oferta gastronómica. El pescado menor (boquerones, salmonetes, jureles, calamares y calamaritos) presentado en **fritura**, es el símbolo de una cocina de sencilla elaboración y exquisito paladar. Un **sabor especial** ofrecen las gambas de la bahía, las chirlas y las cigalas cocidas o a la plancha. En el interior de la provincia, se elabora una exquisita chacinería y platos de recio contenido: choto al ajillo, chivo frito, liebre... **El gazpacho**, se prepara en Málaga de múltiples formas: ajoblanco, porra antequerana, gazpachuelo... Los **vinos de la tierra, de pasas y uva moscatel y el Pedro Ximénez** tienen fama internacional. Todo un universo de sabores, que el visitante podrá disfrutar en esta milenaria tierra.

Esta sección se crea para Informar de las Gestiones realizadas por la Junta Directiva para llegar a Acuerdo con diferentes profesionales de la Medicina y/o Establecimiento que de alguna manera necesitamos para mejorar nuestra Calidad de Vida y que por desgracia sus prestaciones no son cubiertas por nuestra Administración.

Hemos llegado a un ACUERDO con estos Centros para que con nuestro carné de Asociado y el visé de la Asociación, todos los diabéticos que los necesiten, tengan descuentos muy importantes, que pueden llegar al 50% del coste real.

CLINICA PODOLOGICA
"Virgen del Espino"

TRATAMIENTO Y CUIDADO INTEGRAL DEL PIE DIABETICO

Uñas encarnadas* Juanetes* Dedos Martillo*
Papilomas* Siliconas* Plantillas Niños y Adultos

AVDA. REY JUAN CARLOS I, 106 - 3º A
Telf.: 91.680.37.15 28916 LEGANES (Madrid)
MetroSur: El Carrascal

"El control de su diabetes comienza por el cuidado de sus pies".

Internet: http://www.podologoleganes.es

OFTALMOLOGÍA Y AUDICIÓN

CENTRO OPTICO SOCIAL
Gabinetes Óptico y Audiológico del Pensionista

SAN JOSE DE CALASANZ,29
TELEF. 91 695 05 97
28902 GETAFE (MADRID)

CLINICA PODOLOGICA
"PODOSUR"
CLINICA DEL PIE
CUIDADO Y TRATAMIENTO DEL PIE DIABÉTICO

Análisis computerizado de la marcha
Plantillas personalizadas,
Uña encarnada, Papilomas, Helomas
y Durezas, Hongos

AVDA. DE ESPAÑA, 21, C.V. / C. GERONA
28903 GETAFE (Madrid) - Tel. 91.601.95.85
MetroSur: Juan de la Cierva.

"Siempre al cuidado de sus pies"

ELECTRÓNICA SANCHI

Reparaciones de TV - AUDIO
ANTENAS Y PORTEROS - ELECTRODOMÉSTICOS
ELECTRICIDAD - LAVADORAS - FRIGORÍFICOS
ORDENADORES - MICROONDAS
Teléfono 916864320 - 669930720
C/. Rioja 136 - Zarzaquemada - Leganés (Madrid)
www.electronicasanchi.com
info@electronicasanchi.com

CLINICA PODOLOGICA
ESTHER PANIAGUA CÁCERES
C/ Guadalajara, 5, Bajo 1
(Junto a Plaza de la Rueda)
28901 GETAFE (Madrid)
Tel. Cita Previa: 916953177

COPICENTRO Getafe

Copistería Digital - Papelería - Material Oficina
- Servicio a domicilio - Consulta Precios

Hospital San José, 13
28901 Getafe
Teléfs.: 916952519-661638924

Vermouth El Chulapo Arte 96 Distribuciones

Arte 96
Distribuciones
Francisco Fernández
Director Comercial

Vermouth El Chulapo
Posiblemente, el mejor vermouth de Madrid

- Vermuts
- Vinos
- Orujos
- Aceites

C/. Aluminio, 8
28970 Humanes (MADRID)
distribucionesarte96.vermut@outlook.com
Tels. 916094563/620767153

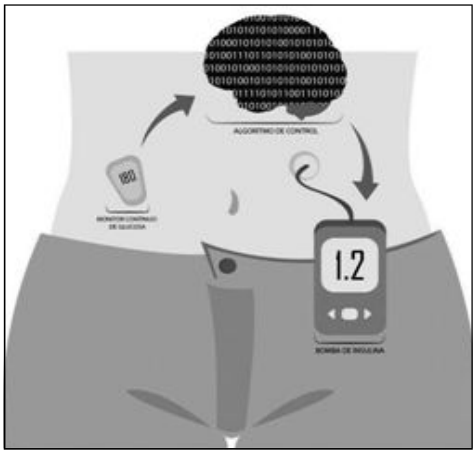
PANCREAS ARTIFICIAL

Un páncreas artificial es un sistema diseñado para controlar de forma continua la glucosa en plasma en pacientes con diabetes tipo 1. Permite mejorar el control metabólico del paciente y lo libera de la carga que supone el autocontrol con medidas de glucemia capilar diarias y decisiones sobre la dosis de insulina a inyectar.

El sistema consta de tres componentes:

Un monitor continuo de glucosa. Aparato encargado de estimar cada cinco minutos el nivel de glucosa en sangre a partir de un sensor alojado en el subcutis.

Un algoritmo de control. Programa informático alojado en la bomba de insulina o en un dispositivo móvil cuya función es calcular la dosis de insulina adecuada en función de la diferencia entre la glucosa estimada y la deseada.



Una bomba de insulina. Aparato que, cada cinco minutos, administra insulina según las necesidades computadas por el algoritmo de control tras cada medida de glucosa.

El algoritmo de control es el verdadero cerebro del páncreas artificial y constituye un reto importante para los ingenieros debido a la complejidad del sistema. Sin embargo, en los últimos 10 años se han conseguido grandes y esperanzadores avances gracias a estudios clínicos realizados con un total de 20 sistemas en todo el mundo.

Estos modelos presentan diferencias relacionadas con el grado de automatización y los algoritmos y hormonas que emplean.

Nivel de automatización

Depende de si es necesario que el paciente avise de las comidas. Este puede hacerlo informando al páncreas artificial sobre la hora y la cantidad de carbohidratos que va a ingerir o inyectando manualmente bolos en las horas de las comidas (en los llamados páncreas artificiales híbridos).

Otros sistemas no requieren ninguna intervención del paciente, es decir, son páncreas artificiales totalmente automatizados. Pero en estos momentos, la mayoría de los páncreas artificiales que se están desarrollando son sistemas híbridos.

Uno de los grandes retos a los que se enfrentan los ingenieros de control para automatizar totalmente el sistema es que la absorción de las insulinas actuales es demasiado lenta comparada con el efecto de la comida. Otros hándicaps pendientes de superar son los cambios metabólicos debidos al progreso de la enfermedad o situaciones especiales como el estrés, el ejercicio, las enfermedades concomitantes e, incluso, fallos en la instrumentación y comunicación entre dispositivos.

Tipos de algoritmos de control

Se están utilizando principalmente tres tipos de algoritmos de control:

- El PID (de proporcional, integral y derivativo, los tres mecanismos de acción que lo componen). El controlador PID inyecta más o menos insulina en función de la desviación o error entre la glucosa medida y el nivel deseado. →

Obesidad y diabetes crecen por la mala alimentación y falta de ejercicio

Endocrinología y Nutrición atiende patologías de muy alta prevalencia entre la población.

***Fuente:* atlantico.net**

El primer puesto lo ocupa la obesidad, que en Galicia afecta al 27% de la población, un porcentaje que aumenta cada año. Casi una de cada tres personas son obesas en Galicia con las complicaciones que conlleva. Las primeras repercusiones son psicológidas porque afectan a la propia imagen sobre todo en gente joven, pero además aumenta el riesgo de diabetes, apnea del sueño, hipertensión, ácido úrico, problemas articulares, cardiovasculares o circulatorios. Dentro de las personas con exceso de peso hay un grupo que sufre obesidad mórbida, con un índice de masa corporal superior a 40, y que ahora se benefician del impulso que dio el servicio de Cirugía general y digestiva del Chuvi a su programa de cirugía bariátrica.

La segunda patología por volumen de pacientes que llega a Endocrino y Nutrición es la diabetes, sobre todo la de tipo 2, que afecta al 13% de la población adulta y también crece por los hábitos de vida poco saludables, la falta de ejercicio y las comidas inadecuadas.

En tercer lugar están los problemas de tiroides, especialmente los nódulos, el hipotiroidismo y las embarazadas que tienen una atención preferente.

Cierra la lista de dolencias más frecuentes, aunque no son las únicas, las que tienen que ver con el exceso o la carencia de calcio.

A la pregunta de si es mito o realidad la afirmación de que seguimos la dieta mediterránea, el doctor Pena considera que no debe ser verdad porque Andalucía y Galicia encabezan la lista de comunidades con mayor obesidad. *"Posiblemente la dieta mediterránea no se haga tan bien como se piensa".*

Sobre la ventaja de incluir una asignatura de hábitos saludables en los colegios, señala que *"seguramente ayudaría"* pero que la educación también se realiza en casa y en la sociedad en genera. En este último caso destaca desde las máquinas de bebidas y aperitivos poco sanos que hay en hospitales, colegios y centros de trabajo, hasta anuncios que pueden generar confusión. Apunta entre risas que incluso en los congresos de endocrinos hay bollería en las pausas de café aunque ahora se empieza a ver alguna fruta. "*Posiblemente hay que invertir más en educación y dar alternativas de comida sana".*

- El MPC (de Model Predictive Control, en inglés, o control predictivo basado en modelo, en español). El controlador MPC regula la infusión de insulina en función de predicciones de la evolución de la glucemia. El objetivo es que dicha predicción esté cerca del nivel glucémico deseado, penalizando infusiones elevadas de insulina.
- El FLC (de Fuzzy Logic Controller en inglés o control basado en lógica difusa). El controlador FLC intenta emular el razonamiento del médico expresando con lenguaje adecuado un conjunto de reglas condicionales del tipo: si… entonces…. La consecuencia influye en el cómputo final de la infusión de insulina.

Hormonas empleadas

La mayor parte de los sistemas de páncreas artificial desarrollados se basan en la infusión de insulina como única forma de control de la glucosa: son los conocidos como páncreas artificiales unihormonales.

No obstante, también se han desarrollado páncreas artificiales bihormonales, que usan insulina y glucagón. Esta última es una hormona que segrega el organismo en personas sanas para evitar hipoglucemias, pero cuya segregación falla con el tiempo en pacientes con diabetes tipo 1.

Aunque se ha demostrado beneficio especialmente en el caso de realizarse ejercicio físico y ya están apareciendo formulaciones de glucagón estable para ser usadas en bomba, la seguridad a largo plazo de la infusión de glucagón está todavía por determinar.

Grado de avance de los estudios clínicos

Para la validación de un sistema se deben realizar pruebas controladas en el hospital, pruebas fuera del hospital en un entorno controlado (como un hotel o un campamento) y pruebas ambulatorias con el paciente haciendo vida normal con o sin supervisión por el equipo responsable del desarrollo. Superadas todas las pruebas, se puede iniciar el proceso para su comercialización.

De los 20 sistemas de páncreas artificial desarrollados, solo uno se está comercializando, el sistema Medtronic Minimed 670G. Fue aprobado en septiembre de 2016 por la agencia reguladora FDA de Estados Unidos, donde se inició su comercialización. Se trata de un sistema híbrido, con controlador PID y unihormonal.

Otros sistemas llegarán en los próximos años al mercado. Por ejemplo, el sistema desarrollado por la empresa francesa Diabeloop consiguió recientemente el marcado CE que permite su comercialización.

La situación en España

El sistema Minimed 670G está iniciando su comercialización en España, pero su financiación es irregular. Algunas comunidades la incluyen, como Valencia, pero muchas otras no.

Allí donde se financia, se deja la indicación al propio facultativo. En general, su precio ronda los 600 euros al mes, aunque varía según las negociaciones llevadas a cabo por la comunidad, región o incluso hospital con la empresa Medtronic.

El sistema que se está prescribiendo de manera generalizada es el Minimed 640G. Este sistema representa un paso anterior al páncreas artificial, ya que es capaz de detener automáticamente la administración de insulina cuando predice que se van a producir niveles bajos de glucosa y la reanuda cuando se restablecen.

Además, el sistema jAP se encuentra en fase de validación con pruebas hospitalarias. Es un sistema híbrido, con un tipo de controlador PID avanzado y unihormonal. Ha sido desarrollado por un grupo multidisciplinar de investigadores de la Universitat Politècnica de València y de la Universitat de Girona y médicos del Hospital Clínico de Barcelona, del Hospital Clínico de Valencia y del Hospital Francesc de Borja de Gandía.

Este grupo pertenece al consorcio CIBERDEM (Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas), dependiente del Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Economía y Competitividad).

El grupo ha desarrollado también la plataforma Tecnodiabetes, creada para acercar la investigación e innovación en el área de tecnología para la diabetes a las personas con diabetes y a sus familiares. La idea es que actúe como un vehículo de comunicación bidireccional entre ellos y el investigador.

Podemos concluir, por tanto, que el páncreas artificial, con ciertas limitaciones, es ya una realidad.

Fuente: **THE CONVERSATION.COM. Beatriz Ricarte Benedito. Titular de Universidad, Departamento de Matemática Aplicada, Universitat Politècnica de València.**

Alimentos con alto contenido en fibra

Como la fibra es la parte indigerible de una planta, generalmente no necesitamos incluirla en la cantidad de hidratos de carbono que calculamos. La fruta, las verduras, las alubias, los cereales integrales y los frutos secos tienen fibra.

Como no se digiere, puede restar alguna fibra del total de gramos de hidratos de carbono. Esto es especialmente importante si se está administrando insulina en las comidas. Recuerde que la fibra no se puede digerir, por lo que, si se administra insulina, no necesita más insulina para cubrirla.

Para gozar de una buena salud general, es importante tomar entre 25 y 30 gramos de fibra todos los días.

Algunos alimentos ricos en fibra son los siguientes:

- Alubias y legumbres: alubias negras, rojas, pintas, blancas, garbanzos y lentejas.
- Fruta y verduras, especialmente aquellas con piel y pepitas comestibles (manzanas, peras, bayas).
- Avena y cereales integrales, pasta de trigo, pan de trigo.
- Cacahuetes, nueces y almendras.

Coleccionable PADECER DIABETES

La frase:

"Dicen que la suerte surge proporcionalmente a tu sudor. Cuanto más sudes, más suerte tendrás"

Ray Kroc

*"La **diabetes mellitus** es una enfermedad que se produce cuando el páncreas no puede fabricar insulina suficiente o cuando ésta no logra actuar en el organismo porque las células no responden a su estímulo"*

Riesgo cardiovascular en el diabético

- *La mayoría de las enfermedades cardiovasculares pueden explicarse a partir de los factores de riesgo tradicionales, pero existe una amplia variación en la carga de ateroesclerosis que aporta cada uno de ellos, y en muchos casos estos factores de riesgo no logran predecir un evento cardiovascular. Aun cuando las personas con diabetes se benefician con el tratamiento en prevención cardiovascular, y se logran las metas recomendadas, persiste un riesgo residual de sufrir un evento cardiovascular*

Fuente: fundaciondelcorazon

Quienes padecen este trastorno tienen más riesgo de sufrir una **enfermedad cardiovascular**. Es vital aprender a prevenir la **diabetes** y mantener a raya este **factor de riesgo cardiovascular**.

Tipos de diabetes

Hay dos tipos principales de **diabetes**:

Diabetes mellitus tipo 1

La **diabetes mellitus de tipo1** es frecuente que se diagnostique antes de los 35 años, aunque puede presentarse a cualquier edad. Las células del páncreas encargadas de fabricar insulina se destruyen y dejan de generarla. Suele tener una aparición brusca.

Diabetes mellitus tipo 2

La **diabetes mellitus de tipo2** habitualmente se diagnostica en la edad media de la vida (por encima de los 40 años), aunque existen casos infrecuentes en jóvenes. Se produce esencialmente por una progresiva resistencia de las células (especialmente del hígado y los músculos) a la acción de la insulina producida.

También existen dos tipos de **diabetes** coyunturales:

Diabetes gestacional

Se diagnostica durante el embarazo y puede desaparecer después del parto.

Diabetes inducidas

Por fármacos (por ejemplo, los corticoides) o por enfermedades genéticas muy poco frecuentes (pancreatitis crónica, etc.).

Diabetes: ¿por qué es un factor de riesgo cardiovascular tan relevante?

Tanto si la producción de **insulina** es insuficiente como si existe una resistencia a su acción, la **glucosa** se acumula en la sangre (lo que se denomina hiperglucemia), daña progresivamente los vasos sanguíneos (arterias y venas) y acelera el proceso de arteriosclerosis aumentando el riesgo de padecer **una enfermedad cardiovascular**: angina, infarto agudo de miocardio (así como sus complicaciones y la mortalidad posterior al infarto) y la muerte cardiaca súbita. El **riesgo cardiovascular** de una persona diabética de padecer un **evento cardiovascular** se iguala al de una persona no diabética que haya tenido un infarto.

También incrementa la posibilidad de **enfermedad cerebrovascular** o afectación de las arterias periféricas. Para entrar en el cerebro la **glucosa** no necesita **insulina**, ya que penetra directamente desde la sangre. Mantener unos niveles constantes de **glucosa** en la sangre (entre 60-110 mg/dl) evita que se produzcan daños a nivel del sistema nervioso.

La **diabetes** puede dañar diferentes órganos: a los ojos, con disminución progresiva de visión que puede desembocar en ceguera; a los riñones, con pérdida creciente de la función renal que puede terminar en diálisis; al sistema nervioso periférico con alteración de la sensibilidades de los miembros inferiores, lo que supone un grave riesgo de úlceras y amputaciones; al sistema nervioso autonómico con alteraciones digestivas, urinarias y de la esfera sexual (impotencia) y a las arterias de las extremidades inferiores con riesgo de amputaciones.

Diabetes: ¿cómo aparece la diabetes?

Para comprender mejor el concepto de **diabetes** tenemos que explicar mucho más extensamente qué son la **glucosa** y la **insulina**:

Glucosa

Es una forma de azúcar que constituye la principal fuente de energía para el cuerpo humano y que se obtiene a través de los alimentos. Cuando llegan al tubo digestivo, los alimentos contienen básicamente hidratos de carbono, grasas y proteínas; estos hidratos de carbono son los que dan lugar a la **glucosa**.

Insulina

Es una hormona que se encarga de recoger la **glucosa** y almacenarla en el hígado, los músculos y el tejido adiposo.

Para entrar en las células, la **glucosa** necesita de la **insulina** que se produce en el páncreas cuando se comen alimentos que contienen hidratos de carbono. Sin embargo, para que la **insulina** sea efectiva deben cumplirse dos condiciones:

1. Que el páncreas produzca suficiente **insulina**.
2. Que las células sean capaces de detectar la **insulina** y respondan permitiendo su acción.

Además de la **insulina**, el páncreas produce otra hormona llamada **glucagón**, que ejerce el efecto contrario. El **glucagón** se fabrica en situaciones de ayuno y tiene la misión de movilizar las reservas de **glucosa** almacenadas por la **insulina** para que las células puedan utilizarlas cuando lo precisen.

¿Cómo se diagnostica la diabetes?

Primeros síntomas de la diabetes

La hiperglucemia o elevación de los niveles de azúcar en sangre es la responsable directa de los síntomas típicos de la **diabetes**. De ahí que sea importante conocerlos para facilitar su diagnóstico:

- Necesidad de orinar con mucha frecuencia, también llamada **poliuria.**
- Tener mucha sed: **polidipsia.**
- Tener mucha hambre: **polifagia.**
- También suele aparecer **debilidad**, **pérdida de peso** y **molestias digestivas**. No obstante, la **diabetes** mellitus tipo 2 puede no presentar síntomas durante años y diagnosticarse por un análisis de forma casual.

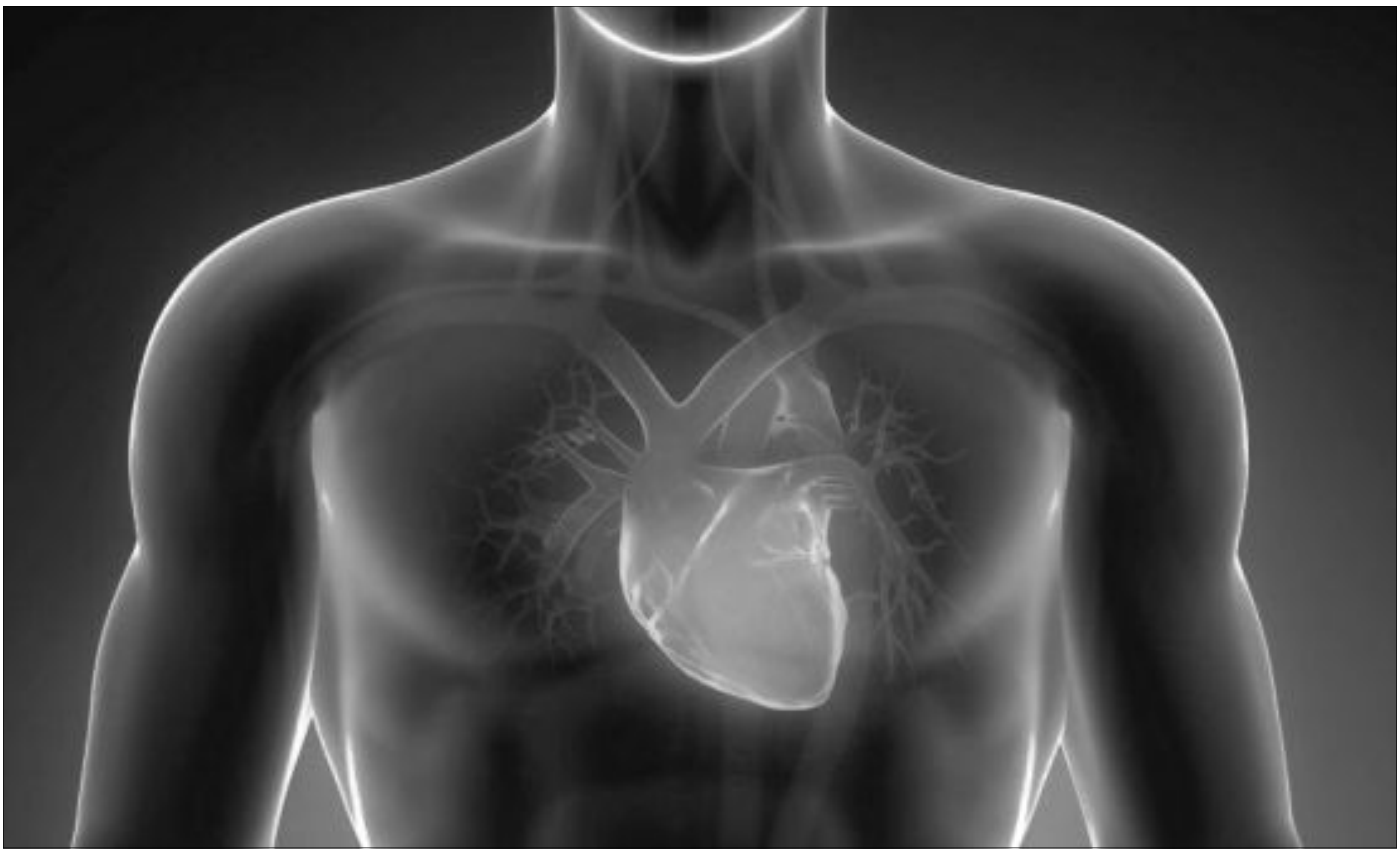
Diagnostico clínico de la diabetes

Existen actualmente cuatro formas clínicas de diagnosticar la **diabetes** mellitus:

- La aparición de síntomas de hiperglucemia y una analítica pueden confirmar niveles de **glucosa** iguales o mayores a 200 mg/dl.
- Una analítica en ayunas detecta niveles de **glucosa** en sangre iguales o superiores a 126 mg/dl. Para que la medición sea correcta, no se puede ingerir ningún alimento calórico 8 horas antes de la analítica.
- Realizando un test de sobrecarga oral a la **glucosa**, consistente en tomar 75 g de **glucosa** diluida en agua y permanecer en reposo durante las dos horas siguientes. A continuación, se miden las cifras de **glucosa** y se comparan con las tomadas antes de la prueba. Unas cifras iguales o superiores a 200 mg/dl confirmarían el diagnóstico de **diabetes**.
- Mediante una analítica especial que nos dice cómo han estado los niveles de glucosa en la sangre **en los últimos 3 meses** que se llama Hemoglobina glicosilada (Hb1Ac), y que si es igual o superior a 6,5% el diagnóstico de diabetes está establecido.

¿Cuál es el nivel de glucosa normal?

Hay casos que existe una elevación de los niveles de **glucosa** en sangre, pero ésta no alcanza el mínimo para considerarse **diabetes**, pero tampoco podemos considerarlo como no diabético.



Estas personas van a pertenecer al grupo con alto riesgo de diabetes, antiguamente conocido como prediabetes

- Cuando los niveles de **glucosa** en ayunas están entre 100 y 125 mg/dl.
- Cuando dos horas después del test de sobrecarga oral a la **glucosa** los niveles de glucemia están entre 140 y 199 mg/dl.
- Cuando los niveles de Hb1c están entre 5,5 y 6,4%.

Por debajo de estos niveles, no hay **diabetes**.

¿Qué grupos de población tienen más riesgo de padecer la diabetes?

Se aconseja realizar un estudio de búsqueda de diabetes a todos los adultos con sobrepeso (índice de masa corporal mayor de 25 k/m2) y con otro de estos factores de riesgo:

- Sedentarismo.
- Familiares de primer grado con **diabetes**.
- Mujeres con diagnostico previo de **diabetes** gestacional o que tuvieron un niño que nació con peso elevado (más de 4 k).
- Hipertensos, es decir, con presión arterial por encima de 140/90 mmHg o tratados con fármacos antihipertensivos.
- Alteraciones en el colesterol: HDL menor de 35 mg/dl y/o triglicéridos por encima de 250 mg/dl.
- Mujeres diagnosticadas de ovario poliquístico.
- Alteraciones de la **glucosa** en ayunas o intolerancia a la **glucosa** en una determinación anterior.
- Otras condiciones clínicas asociadas con resistencia a la **insulina**.
- Antecedentes de enfermedad cardiovascular.

Prevención del riesgo cardiovascular en el enfermo de diabetes

- Debes controlar los demás factores de **riesgo cardiovascular**, especialmente hipertensión, tabaquismo y colesterol.
- Si eres obeso, debes perder peso.
- Practica actividad física de forma continuada.
- Controla la glucemia:
  hemoglobina glicosilada (HbA1C): <7% (o <7,5% según pacientes); glucemia en ayunas (mediciones antes de las comidas): 70-130 mg/dl; glucemia postprandial (después de comer): <180 mg/dl.
- La identificación precoz de diabéticos con enfermedad cardiovascular (cuando están aún asintomáticos) es la mejor táctica para reducir las complicaciones y mortalidad por esta causa.
- Mantener buen nivel de presión arterial: TA<130/80 mmHg.
- Objetivos de control de colesterol: LDL<100 mg/dl (o menos de 70 mg/dl), HDL>50 mg/dl y triglicéridos<150 mg/dl.

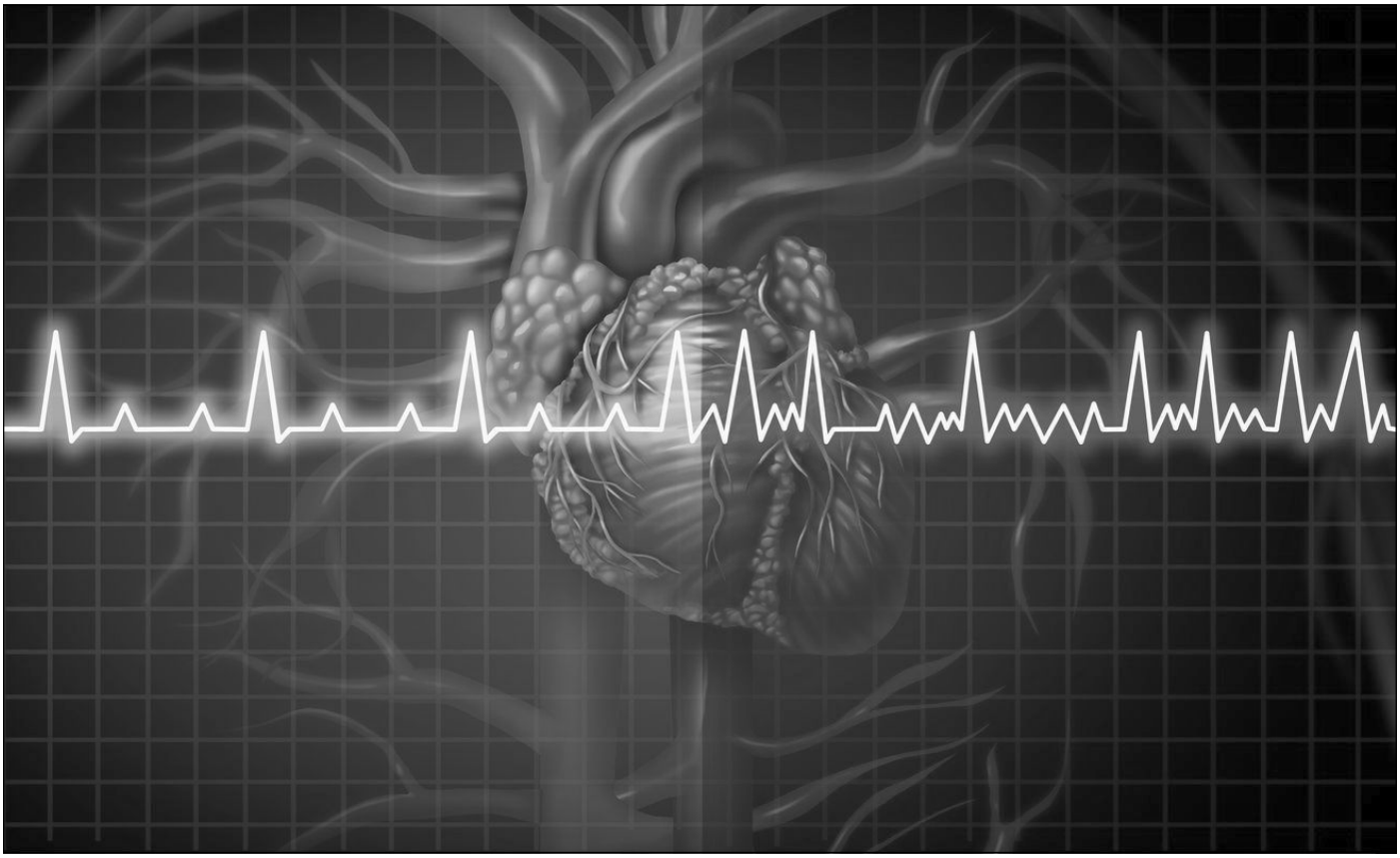
Tratamiento de la diabetes

En el caso de la **diabetes** de tipo 1, el tratamiento es siempre la administración de **insulina** de por vida.

En la **diabetes** tipo 2, en general, se puede empezar por un programa de dieta y ejercicio cardiosaludables. Si esto no basta, es posible que el médico recomiende tomar antidiabéticos orales. Cuando los fármacos tampoco son suficientes, será necesario añadir **insulina**.

Dieta cardiosaludable

- La ingesta de grasas saturadas ha de ser inferior al 7 por ciento del total de calorías.
- El aceite de oliva tiene que ser la grasa predominante.
- Disminuir o eliminar las grasas de origen animal: mantequilla, crema de leche, tocino, etc. Es preferible sustituirlas por el consumo de pescado.
- Las carnes, pescados y huevos son ricos en proteínas y



también contienen grasas, pero no hidratos de carbono.

- Comer poco y varias veces al día, evitando comidas copiosas y los azúcares de absorción rápida que elevan bruscamente los niveles de **glucosa** en la sangre.

Ejercicio cardiosaludable

La actividad física controla los niveles de **glucemia** en sangre, reduce el sobrepeso, mejora la calidad de vida del paciente y evita las posibles complicaciones que puedan surgir por el desarrollo de la enfermedad. El ejercicio físico ideal para la mayoría de los diabéticos es caminar, correr o montar en bicicleta. En caso de neuropatía o pie diabético, evitar ejercicios con riesgo de traumatismo.

Antidiabéticos orales

Sólo son útiles en la **diabetes** tipo 2. Cuando con la alimentación y el ejercicio no es suficiente para controlar este tipo de **diabetes**, se recurre a diferentes fármacos que ayudan a que el páncreas produzca más **insulina** o a que actúe mejor la que produce por sí mismo, o ayudan a la eliminación de la glucosa por la orina.

Insulina

Es el pilar del tratamiento de la **diabetes** tipo 1, pero también forma parte del tratamiento de la **diabetes** tipo 2.

La **insulina** se debe administrar mediante una inyección subcutánea. Existen diferentes tipos de **insulina** que se diferencian fundamentalmente en el tiempo que tardan en hacer efecto y su duración (ultrarrápida, rápida, intermedia y lenta).

Con las diferentes pautas y tipos de **insulina** se intenta imitar lo que hace un páncreas de una persona sin **diabetes**.

Las **insulina**s rápida y ultrarrápida se utilizan en cada comida para imitar el pico de **insulina** que produce el páncreas y asimilar los nutrientes ingeridos. Las **insulinas** lentas y ultralentas intentan imitar la secreción basal del páncreas (es la **insulina** que produce entre comidas o por la noche para mantener estables los niveles de **glucosa** en sangre).

Diabetes y embarazo

La **diabetes** gestacional es la elevación inadecuada de **glucosa** que se detecta en el embarazo de mujeres no diabéticas.

Hay que tener en cuenta lo siguiente:

- Como no presenta síntomas, para su detección se realiza una analítica en torno a las 24 semanas de embarazo.
- Afecta a un 5 por ciento de las gestantes. Se ha comprobado que la **diabetes** gestacional aparece con más frecuencia en las mujeres de mayor edad o con sobrepeso. De ese porcentaje, sólo un 1 por ciento corresponde a casos de diabetes pregestacional (diabetes tipo I o infanto-juvenil).
- Según su grado de peligrosidad, se deben seguir frecuentes controles obstétricos y glucémicos. También es necesario que la paciente sea vigilada por el endocrino.
- El tratamiento fundamental consta de recomendaciones dietéticas y práctica de ejercicio. Si no basta, hay que iniciar tratamiento con **insulina**.
- Aunque la mayoría de las diabetes gestacionales desaparecen tras el parto, se recomienda un seguimiento para descartar que se haya hecho crónica.
- Las mujeres que han sufrido diabetes gestacional deben hacerse un control al llegar a la menopausia, ya que en esta etapa podría volver a aparecer y convertirse en una diabetes tipo 2.

"Los especialistas recomiendan horarios estables, un estilo de vida sano basado en una dieta cuidada y el ejercicio físico para una correcta convivencia con la diabetes"

PLATOS PARA DIABÉTICOS

Berenjena asada con tomate y salmón

Cuando tenemos altos los niveles de colesterol tenemos que tomar medidas al respecto. Una de ellas es cuidar nuestra alimentación: incluir más fibra y verdura en nuestra dieta se convierte en algo indispensable. Hay alimentos que pueden ayudarnos a reducir el colesterol, especialmente aquellos formados por grasas insaturadas y aquellos que contienen esteroles vegetales, unos extractos naturales que pueden absorber el colesterol en nuestro intestino. Por eso, hemos preparado una receta con ingredientes que los contienen: el salmón es un pescado rico en ácidos grasos omega 3 y el tomate un fruto con esteroles.

Ingredientes:

- **Berenjena 1/2 u**
- **Tomate rojo 1 u**
- **Salmón ahumado 25 g**
- **Pan 10 g 2 rebanadas**
- **Cebollino al gusto**
- **Sal, pimienta negra**
- **Aceite de oliva virgen 1 c/s**
- **Gotas de vinagre balsámico al gusto**

Cantidad de porciones que rinde:	**1 porción.**
Complejidad de la preparación:	**Plato sencillo.**
Cantidad de calorías:	**210 kcal por porción.**

Cómo elaborarla, paso a paso:

1. **Asar la berenjena al horno durante 30-40 minutos a 180ºC. Una vez fría, pelarla procurando que nos quede lo más entera posible y cortarla a trozos grandes.**
2. **Aprovechar el calor del horno para tostar el pan.**
3. **Rallar el tomate, secar el exceso de agua que suelta y aliñar con aceite de oliva, unas gotas de vinagre, sal y pimienta.**
4. **Picar el cebollino y mezclarlo al tomate. Reservar.**
5. **Emplatar las porciones de berenjena, salpimentar, disponer el picadillo de tomate encima e intercalar con el salmón ahumado.**
6. **Aliñar con un hilo de aceite de oliva. Acompañar con las tostadas.**

¡Buen apetito!

SI QUIERES QUE TODOS CONOZCAMOS TU RECETA FAVORITA, Y ASÍ, DELEITARNOS CON SU SABOR, MÁNDANOSLA AL E-MAIL O ACÉRCANOSLA POR LA ASOCIACIÓN Y LA PUBLICAREMOS CON MUCHO GUSTO.

¡ ANÍMATE Y MANOS A LA MASA !

Soluciones de los Sudoku Fácil y Difícil DE LA REVISTA 55

3	1	2	8	9	5	6	7	4
6	5	9	1	7	4	8	2	3
4	7	8	6	2	3	1	5	9
9	4	5	7	8	1	2	3	6
8	3	6	9	5	2	7	4	1
1	2	7	4	3	6	9	8	5
7	8	4	3	6	9	5	1	2
2	9	3	5	1	7	4	6	8
5	6	1	2	4	8	3	9	7

7	5	6	3	9	1	4	8	2
2	4	1	8	5	6	9	7	3
3	8	9	7	4	2	1	6	5
5	2	8	9	1	4	7	3	6
4	1	3	5	6	7	8	2	9
6	9	7	2	8	3	5	1	4
9	6	4	1	2	8	3	5	7
8	7	2	4	3	5	6	9	1
1	3	5	6	7	9	2	4	8

Completa los tableros (subdivididos en nueve cuadros) de 81 casillas (dispuestas en nueve filas y columnas), rellenando las celdas vacías con los números del 1 al 9, de modo que no se repita ninguna cifra en cada fila, ni en cada columna, ni en cada cuadro.

Solución: Próxima Revista

			3		7			
	8	3		5				
9						3	2	4
		7	8	6	2		3	
	4		9					
3	5	2						6
				9	3	8	6	
5			7	8			4	
	6			4				3

Sudoku Normal

				7	8		4	
	7				5			3
1	4		6					
		5		8		2		
	3				4		7	
	6							5
						8	5	
				6	2			
9		6	5		3			

Sudoku Muy Difícil

III Congreso Nacional FEDE

Tras el éxito conseguido en la segunda edición del ***Congreso Nacional de la Federación Española de Diabetes (FEDE)***

Leandro Limón / ADGetafe

Hemos tenido la suerte de asistir el sábado 21 de septiembre a la celebración del **III Congreso Nacional FEDE**, que tuvo lugar, en el Palacio de Congresos ***"El Greco"*** de la ciudad de Toledo.

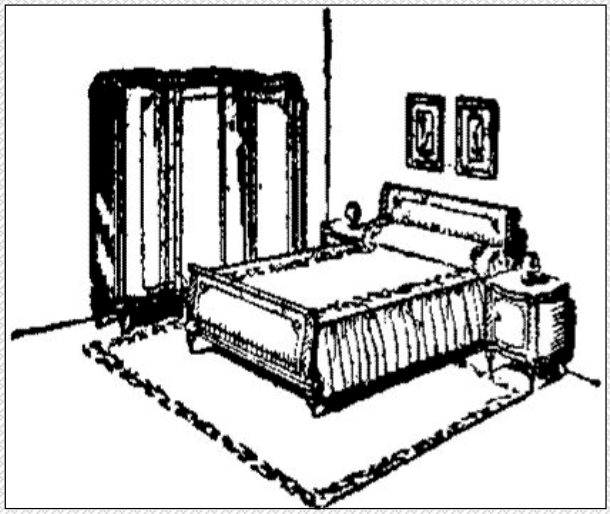
Asistieron más de 400 personas y se llevaron a cabo 10 talleres, además de un taller de jóvenes para conocer las necesidades e inquietudes del colectivo.

Andoni Lorenzo, presidente de la Federación Española de Diabetes (FEDE), fue el encargado de presentarlo y comentó qué es lo que podemos esperar de esta nueva edición.

"Grandes retos en común" es el lema elegido para este 2019, un año en el que se quiere consolidar este encuentro como **un espacio de referencia a nivel informativo y formativo para todas las personas con diabetes,** las asociaciones y, en suma, para todas aquellas que, cada día, trabajan por y para mejorar la calidad de vida del colectivo al que representamos y defendemos los 365 días del año.

¡¡Muchas gracias por organizar este tipo de encuentros!!

MUEBLES DIAZ



MOBILIARIO

DECORACIÓN

COMPLEMENTOS

FINANCIAMOS A SU MEDIDA

Calle de los Impresores, 16 - Teléfono 916959140
Polígono "Los Ángeles" - 28906 GETAFE (Madrid)

www.mueblesdiaz.com - e-mail: info@mueblesdiaz.com

Ángel Malagón Escobar

FLAMENCO

Es ampliamente reconocido el festival de Teatro clásico de Almagro que se celebra en Julio donde se vuelca todo el pueblo. Ya metidos en Agosto, cubriendo el espacio hasta la feria se celebra un festival de cine que empieza a tener amplia difusión.

En Almagro también hay afición al Flamenco. Por la razón que sea no se le ha dado suficiente relevancia pública. Aun habiendo una peña flamenca es en Valdepeñas donde se da un mayor protagonismo a este arte que nos apasiona.

Cuando Vicente se sacó el carnet de conducir se nos materializó la oportunidad. Vicente es también aficionado así pues se compró de segúnda mano un cochecito.

Con ello se nos brindaba la oportunidad de presentarnos en cualquier reunión que se celebrase en peñas o en bodegas por la geografía provincial.

Con el tiempo hemos ido adentrándonos en estos lugares donde alrededor de una mesa, platos de buen jamón y vino de sus bodegas disfrutamos tocando palmas y jaleando a los artistas que nos deleitan con sus *"fandangos", "malagueñas", "granainas"* y cuantos palos son capaces de desgranar con sus prodigiosas voces acompañados de virtuosos *"tocaores".*

Pero no todo en la vida es juerga, palmas y felicidad. Acabo de enterarme que Vicente, mi amigo ha fallecido en un accidente entre Valdepeñas y Almagro.

Se me hace incomprensible, un hombre tan joven y

animoso y… sencillamente ha desaparecido. Además conducía con prudencia, la carretera apenas ofrece dificultad o peligro reseñable. No se sabe si un despiste o tal vez un exceso de confianza o el alcohol que se ingiere durante el espectáculo…

Vicente está en el tanatorio de Almagro. Con toda la pena y tratando de reponerme a tan sensible pérdida he decidido ir a *"despedirme"* de él. Al llegar al tanatorio lo que me ha llamado la atención es que no había gente velándolo, tal vez por ser alta hora de la noche. Cuando he pasado a la sala, Vicente introducido en su sudario se dirige hacia mí a abrazarme.

Recuperado del susto le advierto: ***"Vicente tu estás muerto".*** Al tiempo que me abraza me responde con voz apagada:

¡¡¡Tu también!!!

Plaza Mayor de Almagro

En el camino de Toledo a Granada, y con posible origen en un pequeño castillo árabe localizado por algunos historiadores en lo que hoy es la ermita de San Juan, nació la villa de Almagro (ciudad desde 1796) poco después de la batalla de Las Navas de Tolosa, que tuvo lugar en 1212, y le fue otorgado fuero por fray Gonzalo Yáñez de Noboa, IX maestre de la Orden de Calatrava, que confirmó en 1222 el rey Fernando III el Santo. Capital de los calatravos y de lo que después se ha dado en llamar Campo de Calatrava, alcanzó pronto tal pujanza que el rey Alfonso X el Sabio convocó Cortes en ella en 1273.

La plaza medieval sufrió una notable transformación a lo largo del siglo XVI, coincidiendo con la llegada a Almagro de los Fúcar (apellido flamenco Fugger), banqueros súbditos del emperador Carlos V, a quienes se les había arrendado las minas de azogue de Almadén como privilegio por el apoyo económico de la banca familiar durante las guerras de Europa. Se levantaron nuevos edificios en la plaza y se debe a ellos la influencia de las galerías acristaladas, con recuerdos septentrionales, que ennoblecen y dan un aspecto singular a los dos lados mayores de esta Plaza Mayor de Almagro, denominación con la que tradicionalmente se le ha conocido, aunque en distintos momentos haya recibido otros nombre como de la Constitución, de la República, Real o de España, tras la última Guerra Civil. En la década de 1960 se comenzó su restauración que concluyó en 1967, tal como figura en una placa colocada en el edificio del Ayuntamiento. La obra, dirigida por el arquitecto Francisco Pons-Sorolla, devolvió al singular conjunto la nobleza y el esplendor del siglo XVI. De planta rectangular irregular, uno de sus lados mayores se abre en la parte correspondiente al Palacio Maestral, y según planos antiguos tiene 125 varas de longitud por 44 de anchura, es decir, 104,5 por 37 metros, aproximadamente.

En la Plaza se levantan algunos de los edificios más característicos de la ciudad. En el lado este, uno de los menores, se levanta el Ayuntamiento, edificio que ha sufrido numerosas transformaciones. Una de las más importantes fue la que llevó a cabo en 1865 el arquitecto Cirilo Varas y Soria. Restaurado en 1967 con el conjunto de la plaza, ofrece una elegante fachada de piedra sillar.

El Corral de comedias de Almagro, único en España de sus características, se ubica en el antiguo mesón de la plaza, que era conocido popularmente como mesón o posada de las Comedias. Aunque se suele indicar 1628, no se tiene noticia de la fecha exacta de su construcción, por sus características parece corresponder a los últimos años del siglo XVI o primeros del XVII. Su interior tiene vigas y zapatas pintadas de llamativo almagre que destaca sobre la cal. La cazuela, la galerías, los escenarios, los aposentos de gente principal y los camerinos de comediantes forman un conjunto difícil de olvidar. Vinculado a este teatro se celebra en Almagro, cada mes de julio, el Festival Internacional de Teatro Clásico.

El palacio Maestral se debe mencionar desde el punto de vista arquitectónico, poco se conserva de él tras el incendio ocurrido en el siglo XVIII, cuando estaba dedicado a cuartel de caballería. Reformado en aquel momento y destinado a partir de 1802 para sacro convento de Calatrava, tan solo se conserva de interés una galería y el patio.

El Colegio de Podólogos critica que un curso on-line *"no va a cambiar"* la *"nula"* prevención del pie diabético

- *Desde el organismo profesional critican la iniciativa de la Junta de Comunidades, al considerar que un curso online no ofrece un **"correcto aprendizaje"** para el tratamiento*
- ***"No queremos seguir excluidos de la Sanidad Pública**", afirman desde el Colegio Profesional, que pedirá una reunión con los responsables de la administración*

Fuente: **eldiario.es**

El Colegio Oficial de Podólogos de Castilla-La Mancha ha mostrado su *"disconformidad"* con la iniciativa del Gobierno regional de un programa formativo online para unos 600 profesionales del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. El programa se denomina ***'Camina Castilla-La Mancha'*** y está *"dirigido a mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes tipo 2 a través del abordaje integral del pie diabético".* Se trata de dos ediciones online del curso, con un total de 30 horas lectivas.

El organismo señala *que "a través de un curso online no se puede realizar un correcto aprendizaje para la atención del pie diabético"* y que, además, estos cuidados se han ofrecido por parte de los podólogos gracias a convenios con la Consejería de Sanidad. Por eso, quieren dejar *"clara"* su postura respecto a las actividades formativas: *"Siempre hemos defendido la formación continuada, es la base de cualquier sistema sanitario".* Además, recuerdan que el último convenio que no se renovó con la Consejería, contemplaba formación continuada en materia de prevención al pie diabético, que se debería haber realizado de manera conjunta con profesionales de Atención Primaria y podólogos.

"A fecha de hoy la prevención que se lleva a cabo desde nuestra comunidad en relación al pie diabético es nula", critican, ya que *"los pacientes no son sometidos a ningún screening neuropático ni vascular, el curso online de 30 horas lectivas no va a cambiar esta realidad".* Por otra parte, recalcan que los profesionales no disponen de los recursos necesarios para realizarlos. *"En los centros de Atención Primaria no hay tantos recursos humanos ni materiales como quieren hacer creer a la población. Un curso online no capacita a un profesional para un diagnóstico y tratamiento adecuado",* afirman.

"El podólogo es el profesional encargado de realizar este tipo de tratamientos", sentencian. Por eso, quieren llamar la atención sobre el curso online, *"con el fin de velar porque los tratamientos podológicos que recibe la población sean con todas las garantías de calidad para preservar y mejorar la salud de los pacientes que presenten problemas en sus pies".*

Por otra parte, señalan que se mantiene *"prácticamente suspendido el convenio"* con los podólogos por parte de la Consejería de Sanidad, *"y se niega a negociar una mejora de las prestaciones para estos enfermos, y que haya ofertado ahora un curso de formación que no hace otra cosa que incrementar la sobrecarga asistencial a la que se ven sometidos en Atención Primaria médicos y personal de enfermería".*

"*No queremos seguir excluidos de la Sanidad Pública, y que se sigan formando profesionales en una universidad pública como la UCLM que pertenece a la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha como podólogos para que no puedan ejercer nada más que en el ámbito privado".*

Por ello, van a pedir una reunión con el consejero de Sanidad, Jesús Fernández, *"con el fin de mejorar las prestaciones podológicas de la población y colaborar con la administración regional en todas las cuestiones para las que seamos requeridos".*

¡No olvide tomar la medicación!

A veces, resulta realmente difícil de acordarse de tomar la medicación. En el caso de la diabetes, es importante acordarse de tomar los medicamentos, pero también tomarlos a su hora. A continuación se detallan unas cuantas ideas que pueden resultarle útiles.

- Añada la medicación en su calendario. Anótela o introdúzcala en el calendario del ordenador, aunque la manera de habituarse a tomar las medicaciones es hacerlo una y otra vez durante unos cuantos meses.
- Configure un recordatorio visual: Ponga su medicación cerca de algo que utilice todos los días en el momento en que debe tomarla. El cepillo de dientes, la cafetera, la mesita de noche, los platos, la mesa de la cocina, etc.
- Escriba ***"Tomar los medicamentos"*** en notas adhesivas y péguelas donde necesite verlas. Si empieza a habituarse a verlas en un lugar, cámbielas de sitio para fijarse en ellas.
- Configure un recordatorio en el teléfono: Utilice su teléfono para configurar una alarma diaria de recordatorio. ¡Y no le dé a posponer! Levántese y tome los medicamentos enseguida. Incluso existen aplicaciones para teléfonos inteligentes que pueden ayudarle a recordar sus medicamentos.
- Utilice pastilleros que le permitan organizar sus medicamentos para cada día de la semana. De este modo, podrá comprobar fácilmente si ha olvidado de tomarse una dosis. Asegúrese de tener medicamentos de sobra en el trabajo, en el bolso o la cartera, a fin de que pueda tomar siempre la medicación aunque la olvide o llegue tarde a casa.

La polémica suscitada, ha situado en el foco de la atención mediática a la terapia celular

El uso inapropiado de células madre

✓ *Las ofertas engañosas, como las del Doctor Life, proliferan cada vez más*

***Fuente:* elpais.com**

El pasado día 25 de agosto, EL PAÍS publicaba un artículo sobre un supuesto tratamiento contra la disfunción eréctil ofrecido por la clínica Doctor Life. Dicho tratamiento se basaba en la inyección en el pene de plasma rico en plaquetas, es decir, una fracción de plasma sanguíneo obtenido del propio paciente y centrifugado para aumentar la concentración de plaquetas en el mismo. En la publicidad del centro se aseguraba que el tratamiento se realizaba con células madre, aunque es evidente que no existen células madre en la fracción del plasma. ***La Red de Terapia Celular*** (TerCel) puso en conocimiento de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) lo que consideraba mala práctica clínica.

Esta noticia, y la polémica que ha suscitado, han situado en el foco de la atención mediática a la terapia celular. Estamos hablando de la utilización de células, sea del propio paciente o de un donante, para el tratamiento de diversas patologías. Se asocia el concepto de la terapia celular con el de células madre, mucho más popular. La idea más divulgada acerca de las células madre pretende que son células capaces de dar lugar a diversos tipos celulares y, por tanto, capaces de regenerar órganos y tejidos dañados.

La situación real es mucho más compleja. En primer lugar, es cierto que muchos de nuestros órganos cuentan con poblaciones de células progenitoras que contribuyen a su mantenimiento y eventual reparación. Esto sucede en el sistema sanguíneo, en la piel o el hígado. Por citar un caso, las células madre hematopoyéticas, que producen y renuevan los distintos tipos de células sanguíneas, son conocidas y aplicadas para curar enfermedades hematológicas mediante el trasplante de médula ósea desde hace décadas. No obstante, la mayor parte de las aplicaciones potenciales de las células madre y de la terapia celular en general son todavía objeto de investigación y desarrollo en todo el mundo.

En nuestro país, la terapia celular se realiza sobre la base legal recomendada por la UE de considerar a las células como medicamentos de terapia avanzada. Esto significa que la terapia celular debe seguir el mismo procedimiento científico que los medicamentos convencionales, y someterse a las distintas fases de los ensayos clínicos. De esta forma se trata de garantizar la seguridad de los procedimientos y la eficacia real de estas terapias. ***TerCel*** es un proyecto colaborativo que tiene como fin promover la investigación en terapia celular y trasladar los avances científicos en este campo a los pacientes. La ***Red TerCel*** está formada por 32 grupos de toda España que incluyen 385 investigadores básicos, clínicos y profesionales médicos. Estos grupos han participado o participan en 122 ensayos clínicos de aplicaciones de terapia celular, liderando durante años este campo de la ciencia en Europa.

Los investigadores y las investigadoras nos sentimos concernidos por el uso inapropiado que puede estar haciéndose de las razonables expectativas que generan las terapias avanzadas. A pesar de lo que hemos indicado antes (toda terapia celular debe someterse a los controles de cualquier medicamento), existen resquicios en la normativa vigente que pueden ser aprovechados con fines puramente lucrativos y sin garantía de seguridad y eficacia. Este ha sido, a nuestro juicio, lo que ha sucedido con el caso de la oferta del Doctor Life, y lo que está sucediendo en otros muchos casos que no tienen la misma repercusión mediática. Sabemos que la AEMPS es consciente de estos problemas y actúa eficazmente en consecuencia, en coordinación con las comunidades autónomas.

No obstante, las ofertas proliferan de forma exponencial, el control de las mismas es muy difícil, y por ello es esencial que los pacientes que puedan estar considerando someterse a estos tratamientos se informen bien de los mismos antes de tomar una decisión.

La terapia celular y las terapias avanzadas en general cuentan con un futuro prometedor en España. Pero para que estas expectativas no se frustren será necesario un mayor apoyo, más investigación y, por otro lado, evitar que prácticas inapropiadas y fraudulentas generen descrédito y desconfianza.

Alimentación emocional

La alimentación emocional se produce cuando comemos grandes cantidades de comida para reconfortarnos. Suele ser la respuesta a lo que sentimos. No es hambre. De hecho, comemos en exceso a causa de las emociones. El comer en exceso puede afectar enormemente a su glucosa en sangre y provocar aumento de peso.

Muchos de nosotros aprendemos de pequeños que la comida puede reconfortarnos. En consecuencia, a menudo acudimos a los alimentos para aliviar los problemas emocionales, pero el efecto reconfortante dura muy poco. La depresión, el aburrimiento, la soledad, la ira crónica, la ansiedad, la frustración, el estrés, los problemas en las relaciones interpersonales y la baja autoestima pueden hacer que comamos de más.

El primer paso es determinar qué es lo que realmente activa su alimentación emocional.

Después, planee las medidas que tomará para romper con el hábito de comer de más en estas situaciones.

Antes de dejarse llevar por los excesos, propóngase parar e ir a hacer algo durante 15 minutos. Dejar pasar algo de tiempo entre el deseo de comer y el momento en que realmente cede ante la tentación puede ser suficiente para que pase el impulso de comer. Pruebe alguna de estas recomendaciones para distraerse:

- Lea un libro.
- Responda a algún correo electrónico.
- Salga a dar un paseo.
- Dese un baño relajante.
- Ponga algo de música para escuchar.
- Haga ejercicios de respiración profunda.
- Llame a un amigo.
- Limpie el polvo de la sala, quite las malas hierbas o rastrille las hojas secas.
- Lave el coche.

Entre los 8 y 16 años

El 35% de los niños y adolescentes españoles tienen obesidad o sobrepeso

✓ *Recientemente la Fundación Gasol (Pau y Marc) ha realizado un estudio encuestando a más de 3.000 escolares, el **estudio PASOS,** dando como principal resultado que el 35 % de los niños y adolescentes encuestados padecen obesidad el 14,2 % o sobrepeso el 20,7 %.*

Con el fin de conocer las causas de esta situación, la encuesta se interesó por los hábitos de vida que más influyen en la obesidad y el sobrepeso, preguntando sobre el grado de cumplimiento de **actividad física moderada o vigorosa**, que la Organización Mundial de la Salud establece como mínimo de 60 minutos diarios. La conclusión del estudio es que el **63 %** de los niños y adolescentes **incumple** la citada recomendación.

Otra recomendación de la Organización Mundial de la Salud es **no estar más de 120 minutos delante de una pantalla**, esta recomendación la incumple el 45 % de los encuestados en los días lectivos con 179 minutos de media, llegando a ser del 80 % en los fines de semana y festivos con 282 minutos de media. Estas cifras son especialmente graves en el caso de los adolescentes en los que el incumplimiento llega a ser del 92 % con hasta 352 minutos de media en los estudiantes de 4º de la ESO.

A estos datos hay que añadir la influencia de la **mala alimentación**, no en el sentido de poca cantidad sino de inadecuada calidad por exceso de grasas y azúcares.

El propio Pau Gasol acompañado de la Ministra de Sanidad, María Luisa Carcedo estuvieron a comienzos del curso escolar en un Centro Escolar de Madrid a presentar los datos de la investigación de su Fundación, han instado a tomar medidas desde las familias, los colegios y la Administración para luchar contra la epidemia de obesidad y sedentarismo.

Así mismo, el estudio ha puesto de manifiesto que la forma de medir la obesidad mediante el Indice de Masa Corporal (IMC), no detecta todos los casos reales de obesidad, por lo que concluye que **sería adecuado que los pediatras empezaran a medir el perímetro abdominal de los niños en lugar de solo el IMC**, ya que podría estar produciendose un infradiagnóstico de la obesidad de al menos el 10 %

¿Con cuánta intensidad debería practicar ejercicio?

El ingrediente esencial de un programa de ejercicios eficaz es la actividad aeróbica. Para entendernos, necesita conseguir que su corazón bombee más rápido. Si bien el ejercicio anaeróbico, como el levantamiento de pesas, y los ejercicios de flexibilidad, como los estiramientos, pueden aumentar la masa muscular y hacer que se incremente su equilibrio y agilidad, la actividad aeróbica, como caminar, correr, nadar o montar en bici, es la única que aumenta de manera significativa su metabolismo y le ofrece el tipo de beneficios que le ayudan a controlar sus niveles de glucosa en sangre.

Para obtener los máximos beneficios, debería mantenerse cierto tiempo con su frecuencia cardíaca objetivo. Su frecuencia cardíaca objetivo está basada en su edad y en la intensidad con la que tiene pensado practicar ejercicio. Utilice esta fórmula para calcular su frecuencia cardíaca objetivo:

- 220 – su edad = frecuencia cardíaca máxima en pulsaciones por minuto (Ejemplo: 220 – 50 años = 170 latidos/minuto)
- Su frecuencia cardíaca objetivo para una intensidad moderada es el 50-70% de este número o entre 85 y 119 latidos/minuto.

Para calcular su frecuencia cardíaca, debe encontrarse el pulso y medirlo. Colóquese dos dedos en la arteria carótida, que se encuentra por el lado exterior de la tráquea, justo por debajo de la mandíbula, y cuente durante 10 segundos. Después, multiplique por 6 para obtener el número de latidos en 60 segundos. También puede comprar un pulsómetro de pulsera, que hará la misma función.

- Ejemplo: su frecuencia cardíaca objetivo es de 85 latidos/min, pulso durante 10 segundos: 12 latidos x 6 = 72, por tanto, la frecuencia cardíaca resultante no alcanza el objetivo y debe añadir intensidad al ejercicio.

Sanofi y Novo Nordisk se lanzan al desarrollo de plumas de insulina inteligentes, un mercado de 40.000 millones

✓ *Las dos farmacéuticas han anunciado alianzas con empresas tecnológicas para desarrollar plumas de insulina con software de última generación*

Fuente: **vozpopuli.com**

En la actualidad, se estima que cerca de **425 millones de personas** en todo el mundo sufren diabetes. Debido a los malos hábitos alimenticios y al aumento de las tasas de obesidad en todo el mundo, la **Organización Mundial de la Salud** prevé que de cara a 2045, el número de diabéticos a nivel internacional ascienda a un total de 628 millones de personas.

Es una patología que se ha convertido en una suerte de epidemia sanitaria. De hecho, la propia OMS espera que se convierta en la **séptima causa de muerte** en el mundo para el año 2030, si los niveles siguen así.

Como consecuencia, cientos de farmacéuticas a nivel mundial se han puesto en los últimos años manos a la obra para poder responder a la creciente **demanda de tratamientos con insulina** que se registran a día de hoy.

Esta misma semana, dos de las principales jugadoras en este mercado, la farmacéutica danesa Novo Nordisk y la francesa Sanofi -competidoras directas- han anunciado por separado dos **alianzas con compañías tecnológicas** bajo las cuales esperan hacerse con un pellizco de un mercado farmacéutico que mueve más de **40.000 millones** de dólares al año.

Plumas de insulina *'inteligentes'*

Por un lado, Medtronic y Novo Nordisk, y por otra parte, Abbott y Sanofi, han firmado dos acuerdos para integrar los datos correspondientes de sus actuales sistemas de **monitorización continua de glucosa,** una herramienta clave en el control de los pacientes con diabetes, en sus futuras plumas de insulina.

Las **plumas o bolígrafos de insulina**, denominados así por su similitud tanto de tamaño como de forma con estas herramientas de escritura, son el método más extendido para inyectarse la insulina debido a su comodidad y precisión.

Tanto Sanofi como Novo Nordisk pretenden ir más allá y comenzar a desarrollar plumas de insulina ***"inteligentes"*** con mediciones de datos en tiempo real. Estos *'ipens',* del inglés, suponen una revolución en el mundo de la diabetes, ya que son el primer paso para desarrollar dispositivos inteligentes con un software que puede ayudar a salvar vidas.

Para ello, Novo Nordisk se ha asociado con la compañía de dispositivos médicos Medtronic, especializada en tecnología sanitaria. Este lunes ambas empresas han anunciado un **proyecto de colaboración conjunta** para integrar los datos de dosificación de insulina de las futuras plumas inteligentes de Novo Nordisk en dispositivos de Monitorización Continua de Glucosa (CGM) de Medtronic, como el sistema **Guardian Connect.**

Alejandro Galindo, presidente de la división Advanced Insulin Management de Medtronic, ha señalado que el acuerdo permitirá simplificar *"intercambio de dos de las piezas de información más importantes: las mediciones de glucosa y la dosis de insulina". "Vemos un* ***potencial increíble*** *al combinar una variedad de puntos de datos para* ***generar información*** *que ayude a las personas que viven con diabetes a tomar decisiones más informadas sobre el manejo de sus niveles de glucosa",* ha añadido.

Abbot y Sanofi

Del mismo modo, las farmacéuticas Abbott y Sanofi se han asociado para integrar sus sistemas de monitorización de glucosa y de administración de insulina, **Free Style Libre** y la información de dosificación de insulina de Sanofi para **futuras plumas inteligentes, aplicaciones de tratamiento de insulina y software en la nube.**

"Construir un ecosistema digital alrededor de ***FreeStyle Libre*** *simplifica la experiencia del usuario, puesto que consigue consolidar la forma en la que los usuarios obtienen sus datos, lo que incluye tanto las herramientas de salud digital de Abbott, como colaboraciones con otros líderes en diabetes y tecnología",* ha indicado **Jared Watkin**, vicepresidente sénior de Diabetes Care de Abbott

Por su parte, **Gustavo Pesquin,** vicepresidente senior de Global Diabetes y la franquicia cardiovascular en Sanofi, ha asegurado que a través de su acuerdo con Abbot están mucho más cerca de *"conseguir un ecosistema conectado, lo que ayudaría a mejorar la autogestión de la patología y la calidad de vida de los pacientes a través de un control glucémico individualizado de la diabetes".*

Más de 10.000 millones

Novo Nordisk ganó en 2018 un total de **6.703 millones de euros** sólo a través de sus productos dedicados a la lucha contra la obesidad y la diabetes. En el caso de Sanofi, las ganancias de su filial contra esta enfermedad ascendieron a más de **4.500 millones durante el mismo ejercicio.**

Al contrario que para Novo Nordisk, donde la **mayor parte de su negocio** está enfocado a la lucha contra la diabetes, la cartera de productos destinados a esta enfermedad para Sanofi no hace más que reducirse, sobre todo después de que una de sus apuestas contra la diabetes de tipo 2, **Zynquista**, fracasase en los ensayos clínicos. Este tipo de situaciones provocan pérdidas millonarias a las compañías farmacéuticas, que invierten millones en el desarrollo de medicamentos innovadores.

ACTOS DE LA ASOCIACIÓN

14 de noviembre

Día Mundial de la Diabetes 2019

*El **Día Mundial de la Diabetes** se creó en 1991 como medio para aumentar la concienciación global sobre la diabetes. Es una oportunidad perfecta para dirigir la atención del público hacia las causas, síntomas, complicaciones y tratamiento de esta grave afección, que se encuentra en constante aumento en todo el mundo.*

Leandro Limón / ADGetafe

¿Qué es el Día Mundial de la Diabetes?

El Día Mundial de la Diabetes (DMD) es la campaña de concienciación sobre la diabetes más importante del mundo. Fue instaurado por la Federación Internacional de Diabetes (FID) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1991, como respuesta al alarmante aumento de los casos de diabetes en el mundo. En 2007, Naciones Unidas celebró por primera vez este día tras la aprobación de la Resolución en diciembre de 2006 del Día Mundial de la Diabetes, lo que convirtió al ya existente Día Mundial de la Diabetes en un día oficial de la salud de la ONU.

Su propósito es dar a conocer las causas, los síntomas, el tratamiento y las complicaciones asociadas a la enfermedad. El Día Mundial de la Diabetes nos recuerda que la incidencia de esta grave afección se halla en aumento y continuará esta tendencia a no ser que emprendamos acciones desde ahora para prevenir su enorme crecimiento.

¿Cómo empezó todo?

El Día Mundial de la Diabetes fue introducido por la Federación Internacional de Diabetes (FID) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1991, ante el preocupante aumento en la incidencia de la diabetes alrededor del mundo. Desde entonces, el evento ha aumentado en popularidad cada año.

¿Cuándo se celebra?

El Día Mundial de la Diabetes se celebra cada año el 14 de noviembre. Se escogió esta fecha siendo el aniversario de Frederick Banting quien, junto con Charles Best, concibió la idea que les conduciría al descubrimiento de la insulina, en octubre de 1921. Mientras muchos eventos se desarrollan durante o alrededor de ese día, la campaña se desarrolla a lo largo de todo el año.

¿Dónde se celebra?

¡En todo el mundo!

El Día Mundial de la Diabetes reúne a millones de personas en más de 160 países para aumentar la concienciación sobre la diabetes, incluyendo niños y adultos afectados por la diabetes, profesionales sanitarios, individuos con poder de decisión en materia sanitaria y los medios de comunicación. Numerosos eventos locales y nacionales son organizados por las asociaciones miembro de la Federación Internacional de Diabetes y otras organizaciones vinculadas con la diabetes, profesionales sanitarios, autoridades sanitarias e individuos comprometidos con la diabetes.

El Día Mundial de la Diabetes une a la comunidad mundial de la diabetes produciendo una voz potente de concienciación sobre la diabetes. En España, la Sociedad Española de Diabetes y la Federación Española de Diabetes son asociaciones miembros de la Federación Internacional de Diabetes.

Ya tenemos a disposición de todos los socios y simpatizantes la Lotería de Navidad. Todo el que esté interesado, puede pasarse por la Asociación para retirarla.

La Virgen de la Rosa.
Rafael. Museo Nacional del Prado.
Madrid.

ACTOS DE LA ASOCIACIÓN

XIX Festival de la Asociación el jueves 14 de noviembre

Con un espectáculo de *"iérbola"*

✓ *En el Teatro Federico García Lorca de Getafe a las 19,00*

Cuando una pasión forma parte de tu vida, procuras concederte la oportunidad de disfrutarla al menos alguna vez. Cuando el deseo de expresarte está dentro de esa pasión, buscas, vuelas, haces y deshaces y al final consigues alcanzarlo.

Cuando el flamenco es esa pasión, cuando el flamenco es ese deseo, el resultado es **iérbola**.

La Agrupación Musical **iérbola**, está formada por personas con las mismas inquietudes musicales, venidas de distintas agrupaciones y ámbitos de la música.

Tomando como base el flamenco, sus creaciones han ido tocando distintos aspectos de ese mundo, contando para ello con importantes colaboradores en función de la naturaleza del espectáculo. Se han vivido en los años de vida de la agrupación ya de un amplio conjunto de actuaciones y espectáculos, fruto de un trabajo escogido, estudiado y adaptado al gran público.

El domingo 15 de diciembre

Comida de Navidad

La tradicional comida de Navidad, la tendremos al igual que el pasado año en el **Hotel Trip Los Ángeles,** en la carretera de Andalucía, el día 15 de diciembre.

Asamblea General de Socios

Tendrá lugar el miércoles 18 de diciembre, a las 18,30h. en el salón de actos de nuestra sede. Al final de la Asamblea tomaremos un aperitivo y brindaremos por el Año Nuevo.

"Si eres diabético y conoces los problemas de tu enfermedad, no dudarás en asociarte; si no los conoces, con más razón. La única manera de tener una buena *Calidad de Vida*, es conocer y tratar a la diabetes *de tú, no de usted*".

Si NO eres diabético y tienes...

CARACTERÍSTICAS:	*SÍNTOMAS:*
• Exceso de peso • Familiar diabético • Más de 50 años.	• Cansancio sin motivo, dolor de piernas • Sed, orinar en exceso, sequedad en boca

UN CONSEJO:

CONSULTA A TU MÉDICO.
HAZTE UN ANÁLISIS DE SANGRE,
PUEDES SER DIABÉTICO Y NO SABERLO.

Una Asociación de Salud sin Ánimo de Lucro, es el Hogar de los que padecemos la enfermedad a la que representa. De ella recibimos Formación, Información, Apoyo, Consejo y Protección, para crecer en Calidad de Vida.

¡¡Piénsatelo y Asóciate!!, también puedes hacer una aportación, en forma de donativo en la cuenta:

CODIGO CUENTA CLIENTE
ES14 2038 2465 1160 0015 4880

La Asociación siempre te recibirá con el ánimo de ayudarte.

ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE GETAFE

NIF : G-82699075

C/. Álvaro de Bazán, 12, bajo, Local 7 - 28902 GETAFE (Madrid)

Telf. 91.665.14.10 /654778879 - E-mail: ***adgetafe@gmail.com***

Web: ***http://www.adgetafe.es***

TU ASOCIACIÓN, TU CASA, TUS AMIGOS

Semana de la Diabetes 2019

El Día Mundial de la Diabetes nos recuerda que la incidencia de esta grave afección se halla en aumento y continuará esta tendencia a no ser que emprendamos acciones desde ahora para prevenir este enorme crecimiento.

Su propósito es dar a conocer las causas, los síntomas, el tratamiento y las complicaciones asociadas a la enfermedad.

Nuestra Asociación, como todos los años, también se suma a esta fecha y se organizarán diversas actividades durante la semana del 14 de noviembre, así el lunes 11 de noviembre, tendremos durante la mañana y la tarde un enfermero o enfermera para medir la glucosa y la tensión. Así mismo se organizarán diversas charlas de interés diabetológico durante la semana que informaremos más adelante.

El jueves 14 de noviembre tendremos la XIX edición del Festival por la Diabetes Getafe 2019.

También se pedirá al Ayuntamiento de Getafe que ilumine de azul la torre del Ayuntamiento durante estos días para sensibilizar a la población sobre la atención que se debe prestar a esta enfermedad.

AVISO PARA TODOS LOS SOCIOS:

Al estar haciéndose los nuevos carnets de socio, se ha detectado que en algún caso hay datos erróneos o incompletos. Se procederá a llamar a los socios en los que se detecte alguna anomalía.
Así mismo se ruega a todos los socios que tengan "e-mail", que lo hagan llegar a la Asociación.

La Junta Directiva.

Si aún no lo hizo, rellene y entregue o envíe este Boletín a:

ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE GETAFE

NIF : G-82699075

C/. Álvaro de Bazán, 12, Bajo, Local nº 7
28902 GETAFE (Madrid).

Tel. 91.665.14.10

Email: adgetafe@gmail.com

Web: *www.adgetafe.es*

DATOS PARA LA DOMICILIACIÓN BANCARIA			
Titular de la Cuenta:			
Entidad Bancaria:			
Dirección Oficina:			
Nº de Cuenta:			
ENTIDAD	SUCURSAL	D. C.	Nº DE CUENTA BANCARIA

Ruego que hasta nuevo aviso, abonen a la Asociación de Diabéticos de Getafe el recibo correspondiente a la **cuota anual de socio** que presenten con cargo a mi cuenta.

En …….. a . ……..... de ……. de 2…….

DNI: ……. Firma:

Los datos recogidos en este impreso serán incorporados a un fichero de carácter confidencial según L. O. 18/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, con el fin de gestionar de forma eficaz cualquier comunicación de interés para usted.

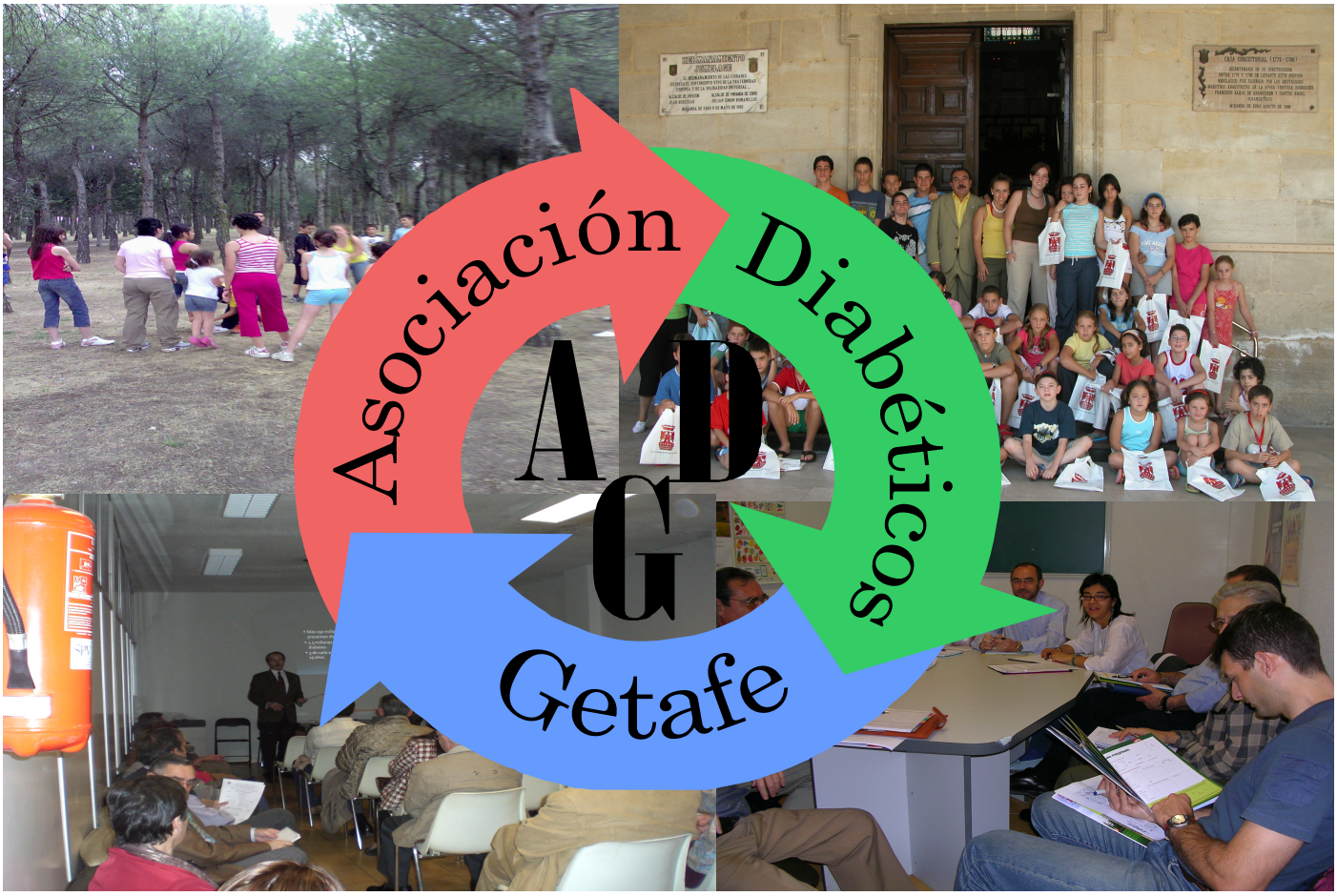
ASOCIACIÓN de DIABETICOS de GETAFE

NIF: G-82699075

C/. Álvaro de Bazán, 12, bajo - Local 7, 28902 GETAFE (Madrid)

Tel.: 916651410 - 654778879

E-mail: ***adgetafe@gmail.com*** **- Página Web:** ***www.adgetafe.es***



Tu lugar de Encuentro, Tu casa, donde podemos ayudarte en todo lo relacionado con la Diabetes:

- **¿Qué es?.**
- **Como llevar una vida sin sobresaltos**
- **Información/formación sobre tratamiento/control.**
- **Avances en Investigación.**

Niños, Adolescente, Adultos, aquí todos tenéis vuestro sitio para ser escuchados y atendidos

La Asociación siempre te recibirá con el ánimo de ayudarte. Recibirás Formación, Información, Apoyo, Consejo y Protección para crecer en Calidad de Vida.

¡¡ Piénsatelo y Asóciate !!