Diabetes FEDE
nº 96 julio/agosto 2026
LA REVISTA DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DIABETES



Álex Crespo, promesa del *trail running:* “Dando el cien por cien se puede conseguir cualquier cosa”

Asociaciones: Campamentos de verano, nueva presidencia en FEDICOVA y más

Tema del mes: Jornadas «Diabetes y Bienestar»: una experiencia de igual a igual

Entrevista: Lactancia con diabetes es posible. Con Rocío García (@rocio.matrona)

fede

X

CONGRESO NACIONAL FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DIABETES

Vivir con diabetes: 40 años transformando vidas

25-26 SEPTIEMBRE

CENTRO CULTURAL MIGUEL DELIBES

VALLADOLID

Más información

Colaboran

Abbott · dexcom · novo nordisk · Boehringer Ingelheim · Lilly · Roche · sanofi · GSK · NATRULY. · minimed · GRÜNENTHAL · AstraZeneca · novalab

sumario

4 Editorial
Una respuesta contundente

5 De paciente a paciente
¿Cómo se diagnostica la enfermedad celiaca? Con FACE

6 Tema del mes
Jornadas "Diabetes y Bienestar": Una experiencia de igual a igual

8 Entrevista
Lactancia con diabetes es posible. Con Rocío García (@rocio.matrona)

10 A debate
Nuestras alegaciones al proyecto CUME, punto por punto

12 Asociaciones
- **Campamentos para jóvenes con diabetes: otra forma de aprender**
- **ADI-CAS**
- **(FEDICOVA)**
- **Asociación Diabetes Madrid Sur**

17 Sabías qué…?
Nuevo consenso médico sobre la medición continua de glucosa en pacientes con diabetes tipo 2 e insulina basal

18 Experiencias
Álex Crespo, promesa del trail running: "Dando el cien por cien se puede conseguir cualquier cosa"

22 Espacio CIBERDEM
Vitamina B3 y retinopatía diabética: una relación por descifrar

23 SEMERGEN
Pacientes con diabetes y Atención Primaria

24 Publirreportaje
Tres de cada cuatro familias desconocían los síntomas de la diabetes tipo 1 antes del diagnóstico

26 Academia de Nutrición
¿Las grasas afectan a la glucemia? Lo que debes saber si tienes diabetes

28 Consultas

29 Publicaciones

30 Noticias

32 Recetas
Platos veraniegos con Irene Caballero (@irenecaballerom)

34 Espacio SEFAC
Diabetes y salud bucal: una relación importante que no debemos olvidar

La Revista DiabetesFEDE es una publicación de:
Federación Española de Diabetes (FEDE)
Calle de La Habana, 35 (posterior)
28945 FUENLABRADA (MADRID)
Tel: 916 908 840
fede@fedesp.es
www.fedesp.es

Junta Directiva

Presidente en Funciones de FEDE:
Juantxo Remón Virto

Vicepresidente 1º de FEDE:
Juantxo Remón Virto

Vicepresidente 2º de FEDE:
Alfredo Ledesma Ruiz

Secretaria de FEDE:
María José Salmerón Mínguez

Tesorera de FEDE:
Ana Belén Torrijos Martínez

Vocal 1º de FEDE:
Aiztiber Marcoida Solaun

Vocal 2º de FEDE:
Ana María Álvarez

Vocal 3º de FEDE:
Mercedes Cohen Bengio

Directora editorial
Celia Márquez Coello

Comité editorial
Jesús Fernández Coloma
Beatriz Gutiérrez Prado
Celia Márquez Coello

Redacción
Celia Márquez Coello
Beatriz Gutiérrez Prado
Jesús Fernández Coloma
Ana Sánchez Ramos

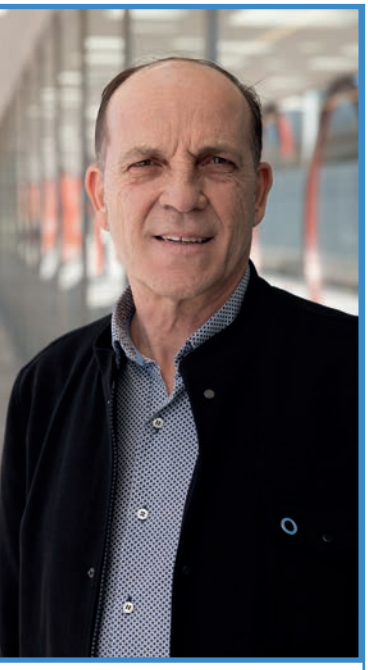
Publicidad
Jorge Ávila

Producción, diseño y distribución
GLOBALIA Artes Gráficas y Distribución
C/ Severo Ochoa, 9. Pol. Ind. Los Villares
37184 Villares de la Reina. Salamanca
Tel. 923 20 43 97

Han colaborado en este número: Martina Miserachs, directora de Nutriendo, portal de información sobre nutrición y alimentación (Academia de Nutrición); María Acevedo, departamento de comunicación de la Federación de Asociaciones de Celiacos de España (FACE); María Pizana, presidenta de la Federación de Diabetes de la Comunidad Valenciana (FEDICOVA); Irene Caballero, nutricionista especializada en diabetes.

ISSN: 1889-6162
DEPÓSITO LEGAL: M-24719-2009

Federación Española de Diabetes (FEDE)
Todos los derechos reservados. Esta publicación no se podrá reproducir en ningún medio sin el permiso expreso de la Federación Española de Diabetes (FEDE). Para solicitar permiso de reproducción, deberán de dirigirse a comunicacion@fedesp.es o al teléfono 916 908 840.
Diabetesfede es una publicación bimestral. La información contenida en esta revista tiene, como único propósito, el de informar. FEDE no garantiza la exactitud ni la fiabilidad de ninguno de los contenidos de la revista. Cualquier opinión aquí expresada, será responsabilidad de su autor, y FEDE no necesariamente compartirá o representará el punto de vista de los trabajos firmados.
Aunque parte de la información y de los contenidos tratados en Diabetesfede se refieren a temas médicos, éstos no sustituyen la visita médica, por lo que el lector no debería interpretarlo como tal.
Los contenidos publicitarios son responsabilidad de los anunciantes. FEDE no avala, recomienda o garantiza la veracidad de sus contenidos.
A través de la información proporcionada por Diabetesfede, podrá entrar en contacto con sitios web de terceros que no están bajo el control de FEDE. La inclusión de dichos vínculos no implica la recomendación, reconocimiento, ni la aprobación por parte de FEDE de ninguno de sus contenidos, materiales, productos o servicios que se anuncien en estos sitios web.



editorial

Una respuesta contundente

Para muchas familias en nuestro país, la CUME (Prestación para el cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave) es un apoyo imprescindible para poder cuidar de sus hijos con diabetes tipo 1 sin perder el empleo. Por eso, cuando pudimos ver el nuevo Real Decreto (16 de junio de 2026) que pretendía derogar por completo y sustituir la norma actual, nos pusimos manos a la obra.

Y es que, aunque algunos de los cambios propuestos en el decreto eran muy positivos — como las prórrogas más largas, el reconocimiento de la enfermedad grave que se atiende en el hogar o las nuevas patologías incluidas —; entendimos que otros podrían causar problemas a las familias. Por ejemplo, el borrador restringía la ayuda priorizando el criterio de hospitalización clínica frente a las necesidades de cuidado diario continuo en casa, que es el caso más usual en los menores con diabetes. Por otro lado, pretendía aumentar las trabas burocráticas al exigir renovaciones mediante especialistas en lugar de médicos de cabecera, además de desproteger a las familias usando el horario escolar del menor como justificación para reducir o incluso extinguir la prestación económica.

Con el objetivo de trasladar al Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones las necesidades reales de nuestro colectivo, hicimos un llamamiento a todas las asociaciones de personas con diabetes de España para reunir testimonios relacionados con la prestación CUME. ¡Y menuda respuesta hemos obtenido! En apenas unos días, más de 300 familias habéis compartido vuestras historias con nosotros.

Como pacientes, somos conscientes de lo complicado que puede llegar a ser compartir experiencias tan personales, aunque sea de forma anónima. Por eso, queremos daros las gracias de corazón. Con vuestra valentía y ayuda, hemos conseguido presentar, en tiempo récord, unas alegaciones contundentes fundamentadas y centradas en el impacto humano de la norma; y reclamando un nuevo borrador que no restrinja la prestación CUME.

A los pocos días, el Ministerio anunció que replantearía el borrador para ampliarlo. El camino no acaba aquí: ya estamos trabajando en los próximos pasos para que el texto final realmente garantice los derechos de las familias que cuidan. Pero esta acción coordinada y vuestro apoyo nos ha permitido dejar claro un mensaje frente a la Administración: la voz de los pacientes, unida, cuenta.

Juantxo Remón Virto
Presidente de la Federación Española
de Diabetes (FEDE)



FACE
Federación
de Asociaciones de
Celíacos
de España

¿Cómo se diagnostica la enfermedad celiaca?

MARÍA ACEVEDO, departamento de comunicación de la Federación de Asociaciones de Celiacos de España (FACE)

Dolor abdominal, fatiga, pérdida de peso, diarrea, anemia o incluso ausencia de síntomas. La enfermedad celiaca se manifiesta de formas muy distintas según la persona que la sufre, lo que puede llegar a dificultar su diagnóstico o retrasarlo durante años.

En España, se estima que un 1 % de la población tiene esta enfermedad. Sin embargo, lo más preocupante de este dato es que un 75 % de esta población está sin diagnosticar. Es por ello, que el proceso diagnóstico desempeña un papel fundamental para confirmar la enfermedad e iniciar el **único tratamiento eficaz a día de hoy: la dieta sin gluten estricta y de por vida**.

La enfermedad celiaca es una patología con base autoinmune, que se desencadena por la ingesta de gluten en personas genéticamente predispuestas. Durante el desarrollo de esta enfermedad se produce el daño y destrucción de las vellosidades intestinales, lo que limita la absorción de nutrientes y conduce a la aparición de otras enfermedades asociadas.

Por tanto, el diagnóstico temprano es esencial para evitar el desarrollo de posibles patologías asociadas y mejorar la calidad de vida de las personas que la sufren.

Criterios diagnósticos

Para diagnosticar la enfermedad celiaca existen cinco criterios diagnósticos y es necesario que al menos cuatro de estos cinco criterios resulten positivos para poder confirmarla. Estos son:

- **Sospecha clínica**. El médico debe valorar los síntomas del paciente, así como su pertenencia a un grupo de riesgo o sus antecedentes familiares.
- **Serología**. Mediante un análisis de sangre se analiza la presencia de los anticuerpos que se producen durante el desarrollo de la enfermedad.
- **Pruebas genéticas**. La enfermedad celiaca solo se desarrolla en individuos predispuestos genéticamente, pero no todos los individuos con genética positiva desarrollan la enfermedad. Por lo que un resultado genético positivo no confirma el diagnóstico. Hay que hacer más pruebas.
- **Biopsia duodenal**. Las vellosidades intestinales se dañan durante el desarrollo de la enfermedad, por lo que tomar una muestra de tejido duodenal y observarla al microscopio permite detectar las lesiones.
- **Dieta sin gluten**. Es necesario realizar un seguimiento para corroborar que los síntomas del paciente mejoran tras eliminar el gluten de la dieta.

Es importante señalar que tanto la biopsia como el análisis de sangre se deben llevar a cabo antes de retirar el gluten de la dieta. Si estas pruebas se hacen mientras el paciente sigue una dieta sin gluten, se dificulta el diagnóstico, ya que los resultados pueden dar falsos negativos.

Si sospechas que puedes tener enfermedad celiaca, no esperes más, consulta con tu médico de cabecera para iniciar el proceso diagnóstico. Si tienes dudas, siempre puedes contactar con la asociación de celiacos de tu zona.





Jornadas «Diabetes y Bienestar»: Una experiencia de igual a igual

ANA SÁNCHEZ

La Universidad Internacional Menéndez Pelayo de Cuenca acogió, del 29 al 31 de mayo, la segunda edición de las Jornadas Diabetes y Bienestar, dirigidas a personas adultas que conviven con la diabetes. En concreto, el evento reunió a 72 participantes procedentes de toda España, que pudieron disfrutar de diferentes actividades orientadas a la educación terapéutica y al intercambio de experiencias entre pacientes.

Desde FEDE apostamos por la formación entre iguales como una herramienta imprescindible para





mejorar la calidad de vida de los pacientes. Por eso, por segundo año consecutivo, celebramos las Jornadas Diabetes y Bienestar, un encuentro en el que los asistentes tienen la oportunidad de aprender de profesionales sanitarios expertos en diabetes, al mismo tiempo que conocen las experiencias de otros pacientes, que aportan un punto de vista único sobre la convivencia diaria con la patología.

La inauguración corrió a cargo de Montserrat Hernández, directora general de Cuidados y Calidad de la Consejería de Sanidad de Castilla-La





Mancha, y de D.ª M.ª Cristina Boza Cabrera, concejala de Consumo y Salud Pública del Ayuntamiento de Cuenca. Fueron acompañadas por Mª José Salmerón y Ana Belén Torrijos, miembros de la Junta Directiva de FEDE.

Tras ello, el Dr. Alfredo Cabrejas, médico de familia, fue el encargado de dar el pistoletazo de salida a las charlas formativas con la sesión "Hablemos de cardio-renal-metabólico", en la que desgranó la estrecha relación entre el corazón, el riñón y la diabetes. A continuación, Alfonso Muñoz, profesional de enfermería y presidente de Federación de Asociaciones de Diabetes de Castilla-La Mancha (FEDICAM), en colaboración con el paciente con diabetes tipo 2 Andrés Villegas y las enfermeras Rocío Algarra y Ana Martínez de Lucas, encabezó la actividad "Mi vida con monitorización de glucosa", en la que se profundizó en el impacto que tiene la información que aportan los sensores en la toma de decisiones diaria de los pacientes.

Posteriormente, el nutricionista especializado en diabetes Serafín Murillo impartió la sesión "Elige tu propia alimentación", en la que se derribaron mitos nutricionales y se empoderó a los pacientes para que tomen decisiones informadas sobre lo que comen en su día a día. La jornada concluyó con el taller "Tu salud en mente", impartido por el psicólogo especialista en diabetes Javier Hurtado, centrada en el cuidado de la salud mental y emocional.



Por si fuera poco, los participantes tuvieron la oportunidad de realizar un análisis de composición corporal, supervisado por un profesional sanitario, mediante una máquina de bioimpedancia cedida por Lilly. Además, pudieron disfrutar de una selección de productos de Natruly. Además, las jornadas contaron también con el apoyo de Abbott y Boehringer Ingelheim.

Solo podemos dar las gracias a los asistentes por acompañarnos un año más en estas jornadas, que se están consolidando como uno de los proyectos más relevantes de la entidad. Más allá de la educación terapéutica, las Jornadas Diabetes y Bienestar han vuelto a demostrar el enorme valor que tiene compartir experiencias, resolver dudas y sentirse acompañado por personas que viven la misma realidad. En FEDE creemos que generar estos espacios tiene una importancia capital para que las personas con diabetes afronten su día a día con mayor confianza, bienestar y tranquilidad. Gracias a todos los asistentes por hacerlo posible. Clausuramos las jornadas con la satisfacción de haber compartido momentos muy valiosos y con la ilusión de seguir construyendo, junto a todos vosotros, nuevas oportunidades y espacios en los que aprender, apoyarnos y mejorar la calidad de todo el colectivo de personas con diabetes.



Lactancia con diabetes es posible

con Rocío García, @rocio.matrona

BEATRIZ GUTIÉRREZ

La diabetes es una patología que no supone ninguna incompatibilidad intrínseca con la maternidad. A pesar de ello, existen muchos mitos en torno a esta idea. Con la intención de aclarar estas cuestiones que, recurrentemente, aparecen en el día a día de las mujeres con diabetes que quieren ser madres, hablamos con Rocío García, matrona y paciente con diabetes tipo 1. Rocío responde para desmitificar todas esas cuestiones que surgen antes, durante y después de un embarazo y muy en concreto durante la lactancia, un proceso natural que existe muy poca información.

– Como experta, pero también desde el punto de vista de quien ha vivido la maternidad con diabetes en primera persona, ¿qué información dirías que les falta a las mujeres con diabetes que se quedan embarazadas?

Cada embarazo es una situación aún más individual a nivel de experiencia y de circunstancias de salud que el de una mujer que no tiene diabetes, porque, aunque hay generalidades que nos pasan a todas, la diabetes de cada mujer se comporta diferente o las necesidades son diferentes. Es muy importante individualizar la experiencia y el curso del embarazo de cada mujer, incluso desde la suplementación preconcepcional, partiendo de una buena relación con el equipo endocrino. Yo lo comparo con una gymkana, cada semana es diferente y aunque conozcas las pruebas, las sensaciones también cambian.

pues entender que va a ser un curso muy individual, muy diferente. Es como un viaje. Yo digo una gymkana y va semana a semana. Es una prueba diferente, todas posibles porque ninguna.

¿Cómo surgió la idea del libro? ¿Qué recepción ha tenido?

Mi primer libro trata sobre embarazo y parto, y el más reciente, sobre postparto. Este último lo he escrito viviendo el mío propio. En él detallo la parte del postparto desde la vivencia materna, la evidencia científica, de qué es lo normal y qué no, y también de cuidados del recién nacido, de lactancia materna y lactancia artificial.

La recepción realmente fue mejor en el primer libro, puesto que el postparto en general interesa menos. Durante el embarazo es habitual leer porque quieres recabar la máxima información posible y además tienes tiempo para hacerlo, para prepararte. En cambio, en el postparto hay menos preparación, aunque debería hacerse de la misma forma, de manera consciente para poder disfrutarlo o entenderlo más.

¿Cómo le explicarías a una mujer con diabetes que va a dar a luz qué ocurre glucémicamente en el momento del parto? ¿Y en el momento en del postparto, justo al terminar de dar a luz?

En el momento del parto se gasta muchísima glucosa. Las contracciones no dejan de ser movimientos del útero que pueden durar muchas horas.

En España existe un protocolo para el parto de una madre con diabetes mediante el que combinan la infusión de suero glucosado e insulina por vía venosa. Lo ideal sería actualizar estas intervenciones con planes de parto más individualizados y que les permita decidir el manejo del tratamiento de su diabetes en ese momento. En la actualidad, tenemos herramientas e información suficiente para poder decidirlo.

En el momento en que sale el bebé y sobre todo cuando se expulsa la placenta, descienden bruscamente las necesidades de insulina. Es decir, desde el momento del parto entramos en una “etapa de tendencia a la hipoglucemia”. Debemos atender al aumento de las probabilidades de hipoglucemia en la madre, y también a las necesidades del bebé porque tiene un riesgo aumentado de hipoglucemia por el antecedente materno de diabetes.

Además, hay que prestar especial atención a la glucemia del bebé si durante el parto la madre ha estado en hiperglucemia por encima de 140 o en hipoglucemia. Es habitual que durante las primeras 24h se le hagan controles de glucemia con un pinchacito en el talón.

Y después, ¿qué podemos esperar en el momento del postparto? Cuando el bebé necesita hacer su primera ingesta.

Una de las cosas que se pueden hacer para favorecer la lactancia materna y compensar el riesgo de hipoglu-

"Una buena relación y coordinación del equipo médico: endocrino, enfermera de diabetes, matrona y ginecólogo (e incluso nutricionista) es esencial para poder individualizar tanto la experiencia como el curso del embarazo de cada mujer"

cemia en el bebé las primeras horas es la **extracción prenatal de calostro (precalostro)**.

Está indicada en algunas circunstancias durante la última etapa del embarazo, y consiste en hacer extracción manual de calostro a través de un masaje en el pecho para conseguir unas gotitas o mililitros que puedan congelarse y almacenar.

Este calostro es ideal para prevenir o resolver esa posible hipoglucemia en el recién nacido. En caso de no haberlo, nos podemos ayudar de la leche de fórmula para suplementar. También está indicado para cesáreas, donde hay mayor separación entre la madre y el bebé, o cuando son gemelos.

¿Las mujeres con diabetes tienen más riesgo que el resto de que no ocurra la lactogénesis 2 o "subida de leche"?

Las mamás con diabetes cuentan con el factor de riesgo tanto de que el bebé tenga hipoglucemia y el retraso en la subida de la leche, pero **no significa que vayamos a tener menos leche o que su calidad sea peor, eso hay que desmitificarlo**. Solo debemos prestar especial atención a los primeros días de lactancia, favoreciendo que el bebé succione al pecho cuanto antes mejor y cuanto más mejor.

La salida de la placenta y la succión del bebé son las señales más poderosas para el cuerpo de la madre de que debe generar leche materna. La subida de la leche se predice entre el tercer y el quinto día de postparto desde el nacimiento del bebé, por ello, tenemos que procurar una succión temprana y frecuente para potenciar que ocurra.

Desde ese momento, la leche materna se encuentra en constante cambio: del precalostro al calostro, después a leche de transición (un calostro un poquito más líquido que genera más hidratación, menos graso), hasta adaptarse al bebé y sus necesidades en todo momento.

¿Puede afectar la lactancia a su diabetes o glucemias? ¿Cómo?

La lactancia genera tendencia a la hipoglucemia en el postparto debido a la salida de glucosa y a un descenso paulatino en las necesidades de insulina. Por ello, tenemos que aprender a navegar en ese cambio metabólico y adaptarnos prácticamente semana a semana.

Por realizar un símil, **cada toma de pecho de los primeros meses es semejante glucémicamente a salir a dar un paseo**. De esta forma podemos ajustar tanto la cantidad de insulina antes de las tomas como la ingesta de hidratos de la madre.

¿Dónde pueden informarse de estos temas para afrontar un post parto y lactancia con naturalidad y sin miedo?

Sin duda, a través de matrona, endocrino, enfermera de diabetes. Seguir perfiles de profesionales sanitarios. Los perfiles con experiencias personales pueden ofrecernos información sobre lo diversa que puede ser la experiencia con diabetes y maternidad, pero debemos guiarnos de profesionales sanitarios formados y especializados en esto.

¿Qué puedes decirnos sobre diabetes gestacional?

La diabetes es una de las enfermedades más prevalentes del embarazo. La gestacional en concreto se debe a un aumento de la resistencia a la insulina inducida por las hormonas del embarazo. Estos casos conllevan unas circunstancias un poco diferentes, pues tienen el reto añadido de aprender durante el embarazo sobre el metabolismo de los hidratos de carbono, sobre su cuerpo en esa nueva circunstancia o el beneficio de la actividad física.

Espero y deseo que progresivamente los protocolos de acompañamiento a estas mujeres que empiezan con diabetes gestacional durante el embarazo cada vez sean más actualizados, porque a día de hoy todavía se dan dietas de restricción de calorías. Hay mucho trabajo por hacer en acompañar a estas mujeres con información más clara y concentrada.

En conclusión, termina Rocío "el embarazo es una circunstancia elegida y decidida por las mujeres con diabetes y no es la que la diabetes la que tiene que decidir por nosotras. Aunque haya que prestar más atención a algunas cuestiones de nuestra salud, puedes tener un embarazo, parto y una lactancia disfrutados con diabetes tipo 1".



Nuestras alegaciones al proyecto CUME, punto por punto

El pasado 16 de junio el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones publicó el proyecto de Real Decreto para regular la prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave. O lo que es lo mismo, la CUME; una ayuda sin la cual muchas familias no podrían hacer frente a los cuidados que de un hijo o hija que convive con una patología crónica.

Aunque el proyecto contenía algunos avances esperados por las familias, como la ampliación de los plazos de prórroga o la incorporación de nuevas enfermedades a la lista, pronto vimos cómo el modelo de acreditación propuesto podía, en la práctica, acabar restringiendo el acceso a la ayuda.

Por eso, desde la Federación Española de Diabetes (FEDE) solicitamos la retirada del proyecto y la elaboración de un nuevo texto que tuviera en cuenta a las asociaciones y las familias. No lo hicimos solos: en tan solo unos pocos días, logramos reunir más de 300 testimonios anónimos de personas que decidieron contarnos, desde su experiencia, lo que suponía vivir el día a día cuidando de un hijo con diabetes tipo 1. Estos testimonios nos sirvieron para respaldar las alegaciones que enviamos al ministerio correspondiente.

En este proceso, además, contamos con el apoyo de otras entidades como la Asociación de Familias en CUME y permisos asimilados (ASFACUME) y la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP), así como con la alianza de todas las federaciones y asociaciones autonómicas que forman parte de FEDE. Entre nuestras reivindicaciones concretas, estaban las siguientes:

1. El derecho no puede medirse por lo clínico, sino por la necesidad real de cuidado

El proyecto condiciona la protección a que existan cuidados de carácter clínico u hospitalario, pero un menor con diabetes tipo 1 necesita un cuidado directo, continuo y permanente —control glucémico, insulina, vigilancia nocturna— que no encaja en esas categorías. El Tribunal Supremo ha reiterado que lo determinante es la necesidad de cuidado, no la hospitalización. Existe además el riesgo de que un buen control de la enfermedad, fruto de una intervención familiar intensa, se lea como "menor necesidad" y sirva para denegar la prestación. Una familia de Castilla y León, con una hija de 8 años diagnosticada a los 5, lo resume así: "al tercer año me la denegaron: consideraban que los recursos públicos son limitados y que mi hija tenía buenos controles. No saben que esos controles son buenos precisamente porque estamos pendientes de ella las 24 horas los 365 días del año".

2. Más control y más burocracia, no menos

El proyecto exige que las renovaciones las firme un especialista en lugar de Atención Primaria, que en muchos casos es quien mejor conoce la evolución diaria del menor. Ese requisito puede convertirse en un filtro que active la retirada de la prestación por simple demora administrativa, no por mejora real del menor.

3. El horario escolar no puede usarse para retirar la protección

Ir al colegio no elimina la necesidad de cuidado. Una familia de la Comunidad de Madrid, con un hijo de 12 años, explica que la mutua les denegó la renovación "alegando que el niño está escolarizado y que hay enfermera en el cole", sin tener en cuenta que esa enfermera no siempre está disponible ni acude a salidas o extraescolares. La diabetes no entiende de horario lectivo, y la educación no puede convertirse en argumento para retirar protección a una familia.

4. Nuevas causas de extinción que aumentan la vulnerabilidad

El proyecto permite extinguir la prestación cuando el menor realiza prácticas formativas, o cuando el otro progenitor pasa a una situación de incapacidad. Son medidas que penalizan la formación y la reincorporación laboral, multiplicando la fragilidad de las familias justo en los momentos más difíciles.

5. Un modelo que no reconoce cómo se cuida la diabetes en la práctica

El formulario médico que acompaña al proyecto está pensado para otras patologías. Una familia de Canarias, con una hija de 10 años que empezó con bomba de insulina hace apenas un mes, lo describe así: "en el formulario de la CUME no puedo marcar nada de lo que viene predefinido [...] escribo las especificaciones de la diabetes en los bordes del impreso."

6. Siguen sin resolverse las situaciones que persisten más allá de la edad límite

Muchos jóvenes con enfermedades crónicas graves siguen necesitando apoyo más allá del límite de edad de la prestación. FEDE pide que se articulen mecanismos que eviten dejar a estas familias sin cobertura alguna.

Con estos argumentos presentamos nuestras alegaciones dentro del plazo de audiencia pública. El propio 25 de junio, día en que se cerraba el plazo, el Ministerio anunció su compromiso de ampliar y reforzar la prestación CUME tras escuchar a familias y



entidades. Para nosotros fue una noticia positiva; sin embargo, a día de hoy no existe todavía un texto definitivo. Por ello, desde FEDE seguiremos de cerca la tramitación del nuevo Real Decreto y, junto al resto de entidades de pacientes y familias implicadas, trabajaremos para que la reforma pueda establecer medidas reales de regulación sin dejar atrás a ninguna familia que realmente lo necesite.

Campamentos para jóvenes con diabetes: otra forma de aprender

JESÚS FERNÁNDEZ

El verano ya está aquí, y con él, el calor, los días de piscina y, como no puede ser menos, los campamentos para jóvenes con diabetes, una de las citas más esperadas del año.

Estas iniciativas impulsadas por las federaciones regionales y las asociaciones locales de personas con diabetes de España buscan mejorar la educación terapéutica en diabetes de los más jóvenes mediante el intercambio de experiencias y la convivencia entre iguales.

¿Qué aportan estos campamentos?

Con este enfoque educativo, los jóvenes pueden aprender mucho más sobre el manejo de la diabetes, la resolución de hipoglucemias o hiperglucemias, el impacto de la alimentación y la actividad física en sus glucemias y otros conocimientos básicos relacionados con la patología.

Estos campamentos, además, no cumplen únicamente una labor formativa, sino que permiten a los jóvenes conseguir un mayor grado de autonomía y les proporciona herramientas para gestionar la patología en diferentes circunstancias. De esta forma, los campistas logran aprender a tomar decisiones y se sienten más seguros con su tratamiento.

Otro de los pilares fundamentales de estas actividades es la conexión entre jóvenes que se encuentran en la misma situación y el aprendizaje entre iguales, lo que fomenta el sentimiento de pertenencia.



Campamentos por toda España

Estos campamentos para jóvenes los desarrollan federaciones y asociaciones miembro de FEDE de toda España:

- **Junio**
  - ✓ Asociación de Diabéticos de Melilla (ADIMEL) | 5-7 de junio | Fuerte del Rostrogordo, Melilla
  - ✓ Asociación Navarra de Diabetes (ANADI) | 19-26 de junio | Soncillo, Burgos
  - ✓ Asociación para la diabetes de Tenerife (ADT) | 22-28 de junio | Campamento de La Esperanza, Santa Cruz de Tenerife
  - ✓ Federación Regional Murciana de Asociaciones de Diabetes (FREMUD) | 24-28 de junio | Albergue Puntas de Calnegre, Murcia
  - ✓ Asociación de Diabetes de Elda y Comarca | 25-27 de junio | Campus Moragete
  - ✓ Asociación Majorera para la Diabetes (AMADI) | 25-28 de junio | Tenerife
- **Julio**
  - ✓ Asociación de Diabetes de la Región de Murcia (ADIRMU) | 1-5 de julio | Albergue Natural School, Elche
  - ✓ Asociación de Diabetes de Álava (ADA) y Asociación Gipuzkoana de Diabetes (AGD) | 6-12 de julio | Entrambasaguas, Cantabria
  - ✓ Asociación Granadina de Diabetes (AGRADI) | 12-18 de julio | El Molino de Lecrín, Dúrcal
  - ✓ Asociación de Diabetes de Jaén (ADÉN) | 12-18 de julio | Pinar de Amurjo, Orcera
  - ✓ Federación de Asociaciones de Diabéticos de Castilla y León (FADCYL) | 12-19 de julio | Soncillo, Burgos
  - ✓ Asociación Majorera para la Diabetes (AMADI) | 13-17 de julio | Puerto del Rosario, Fuerteventura
  - ✓ Federación Gallega de Asociaciones de Diabetes (FEGADI) | 16-22 de julio | Mougas, Pontevedra
  - ✓ Asociación para la Diabetes de Zaragoza | 17-26 de julio | Sarsivé, Huesca
  - ✓ Federación de Asociaciones de Personas con Diabetes de Extremadura (FADEX) | 18-26 de julio | Monesterio, Badajoz
  - ✓ Federación de Asociaciones de Diabéticos de la Comunidad Autónoma de Madrid (FADCAM) | 19-26 de julio | Albergue Nueva Tierra, Piñuecar
  - ✓ Asociación Diabetes Sevilla (ANADIS) | 24-30 de julio | CEAAN Coto de la Isleta, El Puerto de Santa María
  - ✓ Asociación de Diabetes del Principado de Asturias (ASDIPAS) | 26 de julio-2 de agosto | CEAM Asturias Las Regueras
- **Agosto**
  - ✓ Federación gaditana de Diabetes | 16-21 de agosto | Granja Escuela Buenavista, Arcos de la Frontera
  - ✓ Asociación de personas con diabetes de Islas Baleares (ADIBA) | 16-22 de agosto | Campamento La Victoria, Alcudia

Más detalles sobre los campamentos en la página web de FEDE.



FEDICOVA renueva su presidencia

MARÍA PIZANA

Mi vinculación con la diabetes no es solo institucional; es personal. Como persona con diabetes tipo 1, mi camino en el asociacionismo comenzó en 1989 como parte implicada en la fundación de la Asociación de Diabetes de Elche y Comarca. Tras años de dedicación y de asumir la presidencia de dicha asociación en 2021, el pasado abril de 2026 asumí con orgullo y responsabilidad la presidencia de la Federación Valenciana de Diabetes (FEDICOVA).

No emprendo este camino sola. Me acompaña un equipo comprometido: la vicepresidenta Tere Marí (Castelló), el secretario Ernesto Navarro (Valencia), y los vocales José Tomás Escudero (Orihuela) y Lucía Alfonso (Castellón). Juntos representamos a ocho asociaciones repartidas en las tres provincias, uniendo a más de 2.600 personas asociadas. Venimos de un 2025 con excelentes resultados, superando los 5.000 impactos directos en nuestras actividades y con un 95% de satisfacción entre nuestros miembros.

Estamos en un momento clave, con retos ambiciosos que buscan transformar la realidad de los 621.000 pacientes en tratamiento en nuestra Comunidad.

Quiero que el tratamiento de la diabetes trascienda lo puramente médico. Es fundamental incluir las necesidades sociales y laborales de las personas con diabetes para lograr una verdadera integración.

FEDICOVA debe ser una voz influyente. Trabajaremos para estar presentes en todas las comisiones y grupos de trabajo de la Comunidad Valenciana, participando directamente en la toma de decisiones que nos afectan.

Siempre he tenido claro que la educación en diabetes debe alcanzar a todas las personas, tanto en atención primaria como especializada. La educación es la mejor herramienta para el empoderamiento del paciente y la reducción de costes sanitarios derivados de las complicaciones.

Las asociaciones miembro de FEDICOVA y el conjunto de personas con diabetes de la Comunidad Valenciana, son el eje central de nuestra actuación. Nuestro objetivo es empoderar a cada una de ellas como una red de apoyo directo y educación entre iguales.

Comienzo este mandato coincidiendo con un hito largamente esperado: la implantación del modelo 'Home Delivery' por parte de la Conselleria de Sanidad. Este sistema permite que cerca de 27.000 pacientes reciban el material de monitorización continua de glucosa directamente en sus domicilios.

Esta medida no es sólo logística; es una cuestión de equidad y calidad de vida. Evita desplazamientos innecesarios, reduce cargas para las familias y permite que los profesionales realicen un seguimiento más personalizado a través de los datos recopilados.

Es un ejemplo del tipo de avances que, desde la Federación, seguiremos impulsando y supervisando para asegurar que la innovación llegue a todos.

Mi compromiso como presidenta es que FEDICOVA sea una federación activa, centrada en la consecución de objetivos de salud y en la defensa de los derechos de nuestro colectivo. Tenemos los datos, tenemos el equipo y, sobre todo, tenemos la determinación para mejorar el día a día de las personas con diabetes en la Comunidad Valenciana.

ADI-CAS
ASOCIACIÓN DIABETES CASTELLÓN







Cuando unimos fuerzas ganamos todos

La Asociación provincial de Diabetes de Castellón ADI-CAS ha celebrado su 30 aniversario, un encuentro especial para conmemorar tres décadas de trabajo, apoyo y compromiso con las personas con diabetes y sus familias.

A lo largo de estas tres décadas, la misión de la asociación ha sido mejorar la calidad de vida y ayudar a las personas con diabetes a vivir con esta enfermedad que no es nada fácil y, de momento, es para toda la vida.

En el evento se presentaron varias mesas con los objetivos de trabajo de la asociación para cada uno de ellos:



Mesa de pediatría: Las tecnologías son de gran ayuda para las personas con diabetes y sus familiares, pero sigue haciendo falta mucha más formación, educación terapéutica en esta patología. También se abordó el crecimiento de la diabetes en menores de muy corta edad y la importancia de incluir un psicólogo en el equipo de salud del paciente con diabetes a lo largo de toda la patología.

Mesa de adultos: Desmitificar la diabetes para otorgarle la importancia que tiene realmente, lejos de la falsa idea difundida de "solo es un poco de azúcar", sino que es mucho más. Existe un gran desconocimiento de la sociedad sobre la diabetes en general y cada uno de sus tipos en particular. También de que la diabetes tipo 2 se trata de una enfermedad silenciosa y no dolorosa, pero con consecuencias potencialmente graves si no se diagnostica a tiempo y no se controla bien.

La asociación de Castellón quiere seguir estando cerca, escuchar, comprender y acompañar a las personas que necesitan ese acompañamiento tan importante para no sentirse solos e incomprendidos, así como facilitar información personalizada de manera clara y accesible para la persona con diabetes y sus familiares.

Por último, la asociación agradece a la alcaldesa, doña Begoña Carrasco, y a los cuerpos de seguridad, emergencias y protección civil del Ayuntamiento de Castellón, así como a la Policía Nacional y la Guardia Civil, su interés en formarse para saber actuar ante una complicación grave de la diabetes.



II Jornadas de Diabetes ADMS: 25 de abril 2026







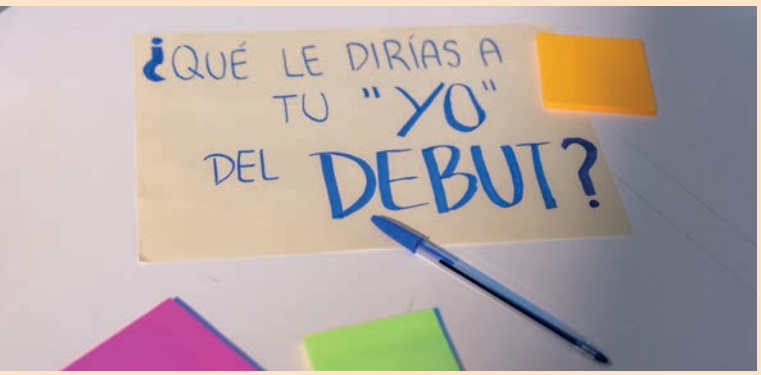
Por todos nosotros es conocido que la diabetes forma parte de nuestro día a día, de nuestras rutinas, nuestros miedos y también de nuestros logros. En la Asociación de Diabetes Madrid Sur, continuamos creciendo, apoyando todas las actividades y sentimientos que surgen a medida que vamos avanzando; y así llegamos a nuestras II Jornadas: "Un Día con Diabetes", celebradas el 25 de abril de 2026, desde donde queríamos seguir dando voz a esa realidad y acercarla a toda la sociedad.

Estas jornadas fueron un espacio para entender, sentir y acompañar.

A lo largo de este día compartimos experiencias reales, información clara y herramientas que nos ayudan a convivir mejor con la diabetes, desde la profesionalidad y experiencia de los ponentes. Hablamos de cuidados, de alimentación, de emociones y de cómo pequeños gestos pueden marcar una gran diferencia.

Porque la diabetes no define a quien la vive, pero sí requiere comprensión y apoyo.

Nuestro objetivo principal no era otro que visibilizar y sensibilizar, a profesionales sanitarios, comunidad educativa y población general sobre lo que significa tener diabetes.



Para conseguirlo, realizamos un programa en el que participaron todos los componentes de nuestra asociación. La entrega de acreditaciones y Welcome Pack, fue llevada a cabo por el grupo de diabetes tipo 2, grupo formado por personas de mayor edad. Y los peques también tuvieron su espacio, acompañados por monitores bajo la responsabilidad de un agente educativo en diabetes.

La inauguración corrió a cargo de la concejal de Salud Pública, Consumo y Bienestar Animal de Alcorcón: Alessandra Romero y la presentación de la Jornada la realizó Leticia Pérez, más conocida como Sugarparda.

Esta jornada también se pudo ver de manera virtual, a través de un enlace creado para la ocasión.

El Coffee Break fue realizado a través de la metodología APS (aprendizaje y servicio), sistema que ya utilizamos la jornada anterior. También se llevó a cabo una masterclass sobre contaje de raciones y nutrición en diabetes de la mano de alumnos/as de grado superior de Hostelería y Turismo en Davante. El chef Fahad Aljaberi, formado en esta misma escuela, participó junto con estos alumnos/as, en la elaboración y preparación de mesas, así como distribución de las distintas comidas, con el contaje de raciones ya realizado de antemano.

Acudieron un total de 205 personas, y fue vista por otras 25 de manera virtual, a día de hoy tenemos 247 visualizaciones de las jornadas.

Al finalizar la jornada se pasó una encuesta de satisfacción donde el 93% de los encuestados respondió en una escala del 1 al 5, con un 5 que repetiría y el 7% restante con un 4.

Desde la Asociación de Diabetes Madrid Sur queremos agradecer a todos los participantes, ponentes y colaboradores su implicación, y seguimos trabajando para que las próximas jornadas sigan sumando.



Nuevo consenso médico sobre la medición continua de glucosa en pacientes con diabetes tipo 2 e insulina basal

Cinco de las principales sociedades científicas españolas relacionadas con el cuidado y seguimiento de la diabetes (SED, SEEN, SEMERGEN, SEMFyC y SEMG) han publicado un documento de consenso sobre el uso de la monitorización continua de glucosa (MCG) en personas con diabetes tipo 2 en tratamiento con insulina basal con o sin antidiabéticos orales.

El objetivo de estas sociedades en la elaboración de este documento ha sido revisar toda la evidencia científica disponible y dar recomendaciones prácticas y consensuadas sobre cuándo conviene usar estos sensores, qué objetivos de control se deben buscar, cómo hacer el seguimiento y cuándo tiene sentido dejar de usarlos.

Para ello, se han revisado estudios que demuestran que la medición continua de glucosa ayuda a bajar la hemoglobina glicada (HbA1c), aumenta el tiempo de glucosa en rango (TIR) y reduce las hipoglucemias, sin que esto suponga más pinchazos ni complicaciones. Además, es una opción que compensa su coste con el ahorro que genera al evitar ingresos hospitalarios y complicaciones graves.

Los perfiles de pacientes más indicados para el uso de este sensor son:

- Personas cuyo control de la diabetes no es suficiente pese al tratamiento con insulina basal.
- Personas que sufren hipoglucemias graves o frecuentes.
- Personas con una labor profesionales cuya seguridad (o la de otras personas) depende de detectar a tiempo una hipoglucemia: conductores profesionales, personal de seguridad, manejo de maquinaria.
- Personas mayores de 65 años con fragilidad o riesgo de dependencia.
- Personas que ayunan durante el Ramadán.
- Mujeres embarazadas con diabetes tipo 2 o gestacional en tratamiento con insulina.

También se contempla el uso intermitente del sensor en personas que, por ejemplo necesitan ajustes de tratamiento, miedo a las hipoglucemias, uso de tratamientos que alteran la glucosa como los corticoides, u otras patologías que alteran la hemoglobina glicosilada o haya que tener especial cuidado con ella (como enfermedad renal o hepática).

Los profesionales sanitarios hacen hincapié en que, para comenzar a usar un sensor, el paciente debe ir acompañado de un programa educativo estructurado, con varias sesiones que le permitan aprender a usarlo, interpretar los datos y ajustar el tratamiento junto con el equipo sanitario.

Gracias a este consenso, la monitorización continua de glucosa podrá llegar de forma prioritaria a los pacientes que más la necesitan.

Alejandro Crespo, promesa del *trail running*: “Dando el cien por cien se puede conseguir cualquier cosa”

CELIA MÁRQUEZ

El deporte siempre ha sido su vida. Tras debutar con diabetes tipo 1 a los 18 años, Alex Crespo (23 años, Navarra) ha tenido que aprender a manejar su glucosa en las carreras más exigentes. Pero nada le frena.

Si alguien le pregunta a Alex Crespo —23 años, originario de Cintruénigo (Navarra)— qué significado tiene el deporte en su vida, no duda. “El deporte para mí es todo: salud, afición y libertad mental. Es mi vida, por resumirlo en una palabra”.

Empezó de muy joven. Primero fue la bici, que conoció gracias a la afición de un amigo de su padre, Alberto. Después, el triatlón, que le llevó a completar diferentes retos como el ICAN en Gandía —un exigente recorrido que combina natación, ciclismo y carrera a pie—. Y, finalmente, el trail, deporte que practica actualmente.

A diferencia de una maratón, el trail consiste en correr por montaña, atravesando senderos y rutas con desnivel. “Es un deporte que transmite una gran conexión con la naturaleza”, explica Alex. A sus espaldas cuenta hitos como la carrera trail Menorca Camí de Cavalls: 185 kilómetros corriendo a lo largo de todo el perímetro de la isla. “La terminé en 30 horas y dormí diez minutos”, recuerda.

Sin embargo, el inicio de Alex en el trail fue complejo, ya que coincidía con un acontecimiento que marcaría su vida hasta hoy: el diagnóstico de una diabetes tipo 1. Cuando, con 18 años, ingresó en el hospital con más de 530 mg/dl de glucosa en sangre, su futuro se le aparecía incierto. Especialmente en lo que respecta al deporte: “Estaba en mi mejor momento, y entonces el endocrino me dijo que tal vez no podría entrenar al mismo nivel”. Aquello fue un antes y un después para él.

***



Octubre de 2024. Alex corre por el espigón del puerto de Gandía, un tramo sin sombra en el kilómetro 15 de la carrera ICAN, un triatlón que combina 3,8 km de natación, 180 km bicicleta y 42 km de carrera a pie. Hace calor. Entonces nota la bajada: una hipoglucemia que le deja con 60 mg/dl de glucemia, muy difícil de remontar. Pero lo consigue y queda primero en la categoría sub-23.

Un año después, lo mismo. Misma carrera, mismo kilómetro, idéntica hipoglucemia. Nuevamente, primero en su categoría.

Sin embargo, a pesar de la victoria, esa segunda “hipo” hace reflexionar a Alex. “Realmente el triatlón hace más difícil llevar el control durante la carrera”, explica. Esto es así principalmente por la parte en agua, donde no se pueden consultar los valores del sensor, así como por los cambios de ritmo que se producen con el cambio de modalidad. El trail, en cambio, al igual que el atletismo, da lugar a



una curva más constante y sencilla de predecir. Después de muchas pruebas, decide quedarse con este último.

***

La transición del triatlón al trail no se produjo de la noche a la mañana, ni tampoco la adaptación a la nueva realidad con diabetes. Todo ello fue un proceso en el que, por suerte, Alex contó con varios apoyos. Uno de ellos, la Asociación Navarra de Diabetes (ANADI), a cuyos miembros conoció en el Trail Pinares de Lerín.



"Me acababan de diagnosticar hacía dos meses y tenía muchas dudas. Entonces conocí a la asociación, me contaron sus experiencias desde el debut y vi que algunos de ellos tenían 50 años, llevaban 25 con diabetes y seguían corriendo", resume Álex. "Me cambiaron el chip".

La entidad, que tiene una línea de trabajo centrada en el deporte, enseñó al joven muchas de las herramientas y recursos que necesitaba para poder dominar las carreras. "Por ejemplo, yo no tenía ni idea de contar hidratos, ellos me enseñaron", explica Alex. Hoy el contaje de raciones es una herramienta imprescindible para la gestión de su diabetes durante las carreras.

Más allá de la asociación, el apoyo de sus seres queridos ha sido imprescindible para no darse por vencido. "Sobre todo mi pareja, Lucía, es la persona que más me ha apoyado", explica. Ella le sigue en las carreras, se preocupa de que no le falte nada y hasta se da cuenta, antes que él, si está teniendo una hipoglucemia. "Es mi DT3, como dicen en la asociación", termina Alex sonriente.



Una vida dedicada al deporte

Tras haber completado el grado superior en actividades Físico-Deportivas, Alex trabaja como socorrista en su localidad mientras se debate entre opositar o emprender. "Mi sueño es abrir un centro deportivo y vivir de ello", cuenta.

Mientras, prepara sus próximas carreras. La más inmediata, la skyrace de Coma Pedrosa, con 36 kilómetros de recorrido y 3.000 metros de desnivel positivo. Su gran sueño es clasificarse para las UTMB World Series Finals de Chamonix (Francia), la final del circuito UTMB y la gran cita mundial del trail running.

Han pasado cuatro años desde que Alex debutó con diabetes. Durante este tiempo, este joven navarro ha aprendido y superado numerosos obstáculos hasta convertirse en el gran deportista que es hoy. "Al principio todo se ve muy negro, pero con esfuerzo y dando el cien por cien se puede conseguir cualquier cosa", sentencia dejando claro que, para él, la diabetes nunca será un obstáculo.



Vitamina B3 y retinopatía diabética: una relación por descifrar

CELIA MÁRQUEZ

¿Puede algo tan cotidiano como la vitamina B3 de nuestra dieta influir en el desarrollo de una complicación microvascular de la diabetes, como la retinopatía diabética? Esta es la pregunta que se hizo el grupo de Endocrinología, Diabetes y Nutrición del Institut de Recerca Sant Pau (IR Sant Pau), integrante de la red CIBERDEM. Tras demostrar en modelos experimentales de neuropatía diabética que uno de los derivados de la vitamina B3 protegían frente a la neuroinflamación, un proceso que se considera implicado en el desarrollo de las complciaciones microvasculares de la diabetes, los investigadores se propusieron estudiar si esa asociación también podía observarse en humanos.

El resultado ha sido un estudio observacional, publicado en Frontiers in Nutrition, que evalúa por primera vez si la vitamina B3 consumida a través de la dieta se relaciona con la retinopatía diabética en humanos. Aunque no se encontró esa relación en las cohortes estudiadas, la investigación abre nuevas vías para seguir explorando esta cuestión. En esta entrevista charlamos con Josep Julve, uno de los autores responsables del trabajo, sobre el papel de la neuroinflamación en las complicaciones microvasculares de la diabetes y la importancia de la ciencia básica (de laboratorio) como punto de partida para avanzar hacia la investigación clínica.

¿Cómo surge la investigación?

Esta investigación parte, en su origen, del laboratorio. Trabajo con modelos experimentales de diabetes (en este caso, ratones) a los que se provoca la patología para poder estudiarla en condiciones controladas. Una de las líneas que tengo en marcha estudia el efecto de administrar derivados de la vitamina B3 sobre la neuropatía diabética.

En concreto, evaluamos la neuroinflamación, un proceso que se considera implicado en el desarrollo de la neuropatía diabética. Quisimos ver si darles un derivado de la vitamina B3 era capaz de atenuar ese proceso inflamatorio, y los resultados fueron muy interesantes. Por un lado, confirmamos que los animales con diabetes presentaban un aumento de marcadores de neuroinflamación y, por otro, comprobamos que el tratamiento con un derivado de la vitamina B3 reducía esa inflamación.

Antes de seguir, ¿cuál es la relación entre la vitamina B3 y la diabetes?

La vitamina B3 es hidrosoluble (se disuelve en agua) y engloba un conjunto de compuestos que actúan como precursores de nicotinamida adenina dinucleótido, que abreviamos como NAD+, una molécula esencial para el metabolismo energético y el funcionamiento normal de las células. En la diabetes, los niveles de NAD+ disminuyen en distintos tejidos del cuerpo, ente ellos el tejido nervioso, y esa disminución se ha relacionado con alteraciones metabólicas y procesos inflamatorios que contribuyen al desarrollo de complicaciones de la diabetes. Por eso, en los últimos años, el metabolismo de NAD+ ha despertado un gran interés como posible diana terapéutica. En nuestros ratones, la administración de un derivado de la vitamina B3 aumentó los niveles de NAD+ en el cerebro de ratones diabéticos tratados, y redujo los marcadores de neuroinflamación. Es decir: los animales seguían teniendo diabetes, pero, al recibir dosis crecientes de ese tratamiento, quedaban protegidos frente al daño.

Y al intentar trasladarlo a humanos, ¿qué encontrasteis?

El siguiente paso lógico era comprobar si esto también ocurre en personas, mediante un estudio observacional. Es lo que llamamos "traslación a humanos". Ahí surgió el primer obstáculo, y es que la neuropatía diabética apenas se diagnostica en la práctica clínica habitual: no hay criterios claros para detectarla, su presentación clínica es muy heterogénea, y tampoco existe un tratamiento específico para frenarla. Sin pacientes diagnosticados, no teníamos con quién hacer el estudio. Por este motivo, buscamos una alternativa, y esa fue la retinopatía diabética. Se trata de una complicación microvascular de la diabetes que comparte

con la neuropatía diabética diversos mecanismos fisiopatológicos relacionados con el daño microangiopático inducido por la hiperglucemia crónica. Aunque afecta a órganos distintos, ambas entidades se caracterizan por alteraciones de los pequeños vasos sanguíneos y por procesos de inflamación local y estrés oxidativo y otros mecanismos que contribuyen al daño tisular. Además, la retinopatía diabética sí se diagnostica de forma rutinaria, mediante una exploración del fondo de ojo, lo que facilita la identificación de pacientes y el desarrollo de estudios observacionales.

Una vez definido que estudiaríamos la retinopatía diabética, seleccionamos dos cohortes de personas con diabetes en las que disponíamos de dos elementos clave para nuestro estudio: el diagnóstico de retinopatía diabética y cuestionarios de frecuencia de consumo de alimentos, que nos permitieron estimar la ingesta habitual de diferentes nutrientes. En nuestro caso, nos interesaba especialmente la niacina, nombre con el que en nutrición humana se designa de forma colectiva a la vitamina B3, presente en alimentos como los frutos secos, las legumbres, el pescado o las carnes magras.

¿Cuáles fueron los resultados?

El resultado fue negativo: no hallamos ninguna relación entre la ingesta dietética de niacina y la aparición de retinopatía, ni en diabetes tipo 1 ni con diabetes tipo 2. Lo comprobamos de varias maneras: comparando directamente a quienes tenían retinopatía con quienes no la presentaban, y mediante un análisis estadístico que ajusta por la influencia de otros factores decisivos, como la edad, el tiempo de evolución de la diabetes o el control del azúcar en sangre.

No obstante, esto no significa que la relación no exista en humanos de la misma forma como sí se ha observado en ratones, por lo que es importante interpretar estos datos en su contexto. Nuestro estudio evaluó la niacina procedente de la alimentación, no la niacina administrada como tratamiento; de hecho, hata donde sabe-



mos, no existe ningún estudio en el mundo que haya evaluado el efecto de la administración de niacina sobre la retinopatía o la neuropatía diabéticas. Este tipo de estudios serían especialmente complejos, porque son enfermedades que tardan años en manifestarse y requerirían un seguimiento muy prolongado. En este caso, un resultado negativo no cierra la puerta a la existencia de una asociación, simplemente indica que, con los datos disponibles y el diseño del estudio empleado, no pudimos demostrarla.

¿Qué otros estudios le gustaría que se llevaran a cabo para continuar explorando esta relación?

Yo no soy investigador clínico, pero sería muy interesante que se diseñara un ensayo clínico en el que participaran pacientes con diabetes y riesgo aumentado de desarrollar enfermedad microvascular, como la neuropatía o retinopatía diabéticas, a los que se realizara un seguimiento a largo plazo y se asignara aleatoriamente la administración de placebo o derivados de la niacina, como precursores de NAD+, para ver el efecto sobre el curso de estas complicaciones. Esto permitiría esclarecer si este tipo de tratamiento tiene realmente un efecto favorable. Sin embargo, llevar a cabo un estudio de estas características sería muy complejo, porque requeriría de unidades clínicas capaces de garantizar el reclutamiento, el seguimiento prolongado de los pacientes, la administración del tratamiento, y la evaluación de su evolución clínica. Por nuestra parte, nos gustaría continuar con los estudios observacionales, explorando cohortes de colecciones o biobancos internacionales, idealmente con datos de seguimiento, pero eso dependerá de la financiación.

¿Qué nos queda por saber de la retinopatía diabética?

Es, por así decirlo, una fotografía que podemos observar tras años de trayectoria de la diabetes. Pero muchísimo antes de que aparezcan esas leiones, la neuroinflamación y otros mecanismos en la enfermedad pueden haber estado actuando de forma silenciosa, probablemente durante años.

Ahí es donde hay un vacío. No es que no sepamos cómo se produce esa neuroinflamación —los mecanismos los conocemos bastante bien gracias a los modelos experimentales—, sino que a escala humana apenas disponemos de herramientas para detectarla y seguirla en el tiempo. En los modelos experimentales vemos que aumenta como consecuencia del daño metabólico crónico frecuentemente asociado a la diabetes, y es razonable pensar que en las personas ocurre algo similar, pero nos falta poder medirlo directamente. Por eso sería interesante disponer de estudios que recogieran información sobre la alimentación de forma periódica durante años y, al mismo tiempo, contar contar marcadores de neuroinflamación que pudieran evaluarse en pacientes. Es un terreno donde la ciencia básica ayuda a entender los mecanismos y, con ello, a identificar de forma precoz los cambios que preceden a esa "foto final", cuando la retinopatía ya es clínicamente evidente.

De cara a futuro, ¿qué otras investigaciones estáis desarrollando en el grupo de investigación?

Dentro del grupo de trabajo, actualmente estamos más centrados en evaluar otras complicaciones metabólicas, como el desarrollo de la enfermedad de hígado graso metabólico y las complicaciones cardiovasculares, siempre poniendo el foco en el metabolismo del NAD+ y en su posible papel en el desarrollo de estas enfermedades. Aunque también son complicaciones frecuentes en las personas con diabetes, están más extendidas en la población general, ya que se relacionan estrechamente con la obesidad y presentan una prevalencia mucho mayor que la retinopatía diabética.



Josep Julve es investigador del Institut de Recerca Sant Pau (IR Sant Pau) y miembro del CIBER de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM). Dirige una línea de investigación centrada en el metabolismo del NAD+, la nutrición y las complicaciones metabólicas de la diabetes, integrando investigación básica, traslacional y clínica para avanzar en la prevención y el tratamiento de las enfermedades cardiometabólicas.

Pacientes con diabetes y atención primaria

La atención primaria representa el eje fundamental en el cuidado de las personas con diabetes, siendo el profesional de este nivel el referente más accesible y longitudinal en el manejo de esta condición crónica[1,2]. Para ello, es necesario implementar estrategias que mejoren tanto la comunicación como los resultados clínicos.

Comunicación centrada en la persona y toma de decisiones compartida

El primer paso es adoptar un estilo de comunicación centrado en la persona, escucha activa y sensibilidad cultural1. Las guías de la American Diabetes Association recomiendan evitar términos como "incumplimiento" o "no adherencia", y en su lugar reconocer el papel activo que las personas con diabetes desempeñan en su autocuidado diario1. La toma de decisiones compartida mejora los resultados clínicos, alcanzando un mayor porcentaje de objetivos de control óptimo de diabetes[3], sobre todo en pacientes con control glucémico deficiente[4].

Atención basada en equipos interprofesionales

El médico de familia debería integrase en equipos interprofesionales coordinados que incluyan educadores en diabetes, nutricionistas, farmacéuticos, profesionales de salud mental y trabajadores comunitarios[1,2]. Este modelo ha demostrado reducciones de 0.5% en HbA1c, 5.5 mmHg en presión arterial sistólica y 8.0 mg/dL en colesterol LDL[5].

Apoyo psicosocial integrado

Los profesionales de atención primaria deben incorporar el cribado y manejo del malestar emocional relacionado con la diabetes como parte rutinaria del cuidado[6]. Técnicas breves como la entrevista motivacional, establecimiento colaborativo de objetivos, técnicas cognitivo-conductuales y estrategias de resolución de problemas pueden integrarse en las consultas habituales[6,7]. Un estudio demostró que la atención centrada en el paciente mejora la adherencia al tratamiento, y que tanto la percepción de cuidado como la autoeficacia son predictores positivos de adherencia, lo que a su vez se asocia con mejor control glucémico[8]. Cuando los problemas psicosociales exceden la capacidad de manejo en atención primaria, la derivación a profesionales de salud mental con experiencia en diabetes es fundamental[6].

Herramientas de implementación práctica

Un modelo de consulta que recoja elementos clave como la recogida de factores relacionados con la enfermedad y el paciente, establecimiento de objetivos personales, elección del tratamiento y determinación del cuidado requerido, mejoran ostensiblemente los resultados[9].

En conclusión, para que la atención primaria sea el referente en el manejo de la diabetes, es imperativo transformar el modelo asistencial. La clave reside en equipos multidisciplinares que practiquen la decisión compartida y el apoyo psicosocial. Al implementar estos modelos estructurados, no solo humanizamos la atención, sino que garantizamos mejores resultados de salud.

Bibliografía

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 4. Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities: Standards of Care in Diabetes-2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S61-S88. doi:10.2337/dc26-S004.
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 1. Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Care in Diabetes-2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S13-S26. doi:10.2337/dc26-S001.
3. Peterson KA, Carlin C, Solberg LI, et al. Redesigning Primary Care to Improve Diabetes Outcomes (The UNITED Study). Diabetes Care. 2020;43(3):549-555. doi:10.2337/dc19-1140.
4. Geta ET, Terefa DR, Hailu WB, et al. Effectiveness of Shared Decision-Making for Glycaemic Control Among Type 2 Diabetes Mellitus Adult Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2024;19(7):e0306296. doi:10.1371/journal.pone.0306296.
5. Levengood TW, Peng Y, Xiong KZ, et al. Team-Based Care to Improve Diabetes Management: A Community Guide Meta-Analysis. Am J Prev Med. 2019;57(1):e17-e26. doi:10.1016/j.amepre.2019.02.005.
6. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 5. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-Being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes-2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S89-S131. doi:10.2337/dc26-S005.
7. Serrano V, Rodriguez-Gutierrez R, Hargraves I, et al. Shared Decision-Making in the Care of Individuals With Diabetes. Diabet Med. 2016;33(6):742-751. doi:10.1111/dme.13143.
8. Makwero MT, Muula AS, Anyanwu FC, Maposa I, Igumbor J. Perception of Patient-Centred Care and Its Relationship With Management Outcomes and Complications Among Patients With DM in Malawi. BMJ Open. 2025;15(7):e090308. doi:10.1136/bmjopen-2024-090308.
9. Rutten GEHM, van Vugt HA, de Weerdt I, de Koning E. Implementation of a Structured Diabetes Consultation Model to Facilitate a Person-Centered Approach: Results From a Nationwide Dutch Study. Diabetes Care. 2018;41(4):688-695. doi:10.2337/dc17-1194.



Tres de cada cuatro familias desconocían los síntomas de la diabetes tipo 1 antes del diagnóstico

El diagnóstico de la diabetes tipo 1 sigue llegando tarde para muchas familias españolas por el desconocimiento de las sintomatología que tiene la sociedad. Esa es una de las principales conclusiones de una encuesta nacional impulsada por la Federación Española de Diabetes (FEDE) y presentada durante el 48º Congreso de la Fundación Sociedad Española De Endocrinología Pediátrica (**FSEEP**) (FSEEP), celebrado en Barcelona el pasado mes de mayo.

El trabajo, liderado por el doctor Luis Castaño, del Hospital Universitario Cruces, la Universidad del País Vasco y CIBERDEM, pone cifras a una realidad que miles de familias conocen bien: el debut de la diabetes tipo 1 suele producirse de forma inesperada, con un importante impacto emocional y, en demasiadas ocasiones, en situaciones de gravedad clínica que podrían evitarse con una detección más temprana.

La encuesta recogió un total de 1.739 cuestionarios válidos de personas con diabetes tipo 1 y familiares de toda España. Aunque participaron adultos mayores de 18 años, la gran mayoría de los casos analizados correspondían a personas cuyo diagnóstico se produjo durante la infancia o la adolescencia.

"Queríamos incorporar la visión de pacientes y familias, porque muchas veces las guías clínicas hablan de aspectos médicos, pero no siempre reflejan cómo se vive realmente este proceso", explicó Luis Castaño durante la presentación de los resultados.

La mayoría desconocía los síntomas antes del diagnóstico

Uno de los datos más llamativos del estudio es el escaso conocimiento previo que existía sobre la enfermedad. Solo el 21% de los participantes tenía antecedentes familiares conocidos de diabetes tipo 1 y tres de cada cuatro encuestados reconocieron que no conocían los síntomas antes del diagnóstico.

En concreto, el 76% afirmó que desconocía las señales de alerta que preceden al debut de la enfermedad.

Para el doctor Castaño, este dato refleja que la diabetes tipo 1 sigue siendo una gran desconocida para buena parte de la población. Según señaló, la mayoría de las familias se enfrentan al diagnóstico sin haber oído hablar previamente de síntomas tan característicos como la sed excesiva, la pérdida de peso inexplicada, el aumento de la frecuencia urinaria o el cansancio intenso.

Esta falta de conocimiento puede contribuir a retrasar la identificación de la enfermedad y aumentar el riesgo de que el diagnóstico se produzca en situaciones de urgencia.

Un debut marcado por la gravedad clínica

La encuesta también revela que una parte importante de los diagnósticos se producen cuando la enfermedad ya ha alcanzado una fase avanzada.

El 37% de los participantes describió el debut como una situación con síntomas graves, mientras que durante la presentación de los resultados se destacó que alrededor del 80% percibió que el diagnóstico se produjo en un contexto clínicamente complicado.

Luis Castaño relacionó esta situación con la persistencia de diagnósticos tardíos y con la aparición de episodios de cetoacidosis diabética, una complicación potencialmente grave que continúa siendo una de las principales preocupaciones de los especialistas.

La literatura científica ha demostrado que los programas de detección precoz permiten identificar la enfermedad antes de la aparición de síntomas y reducir de manera significativa la frecuencia de cetoacidosis en el momento del diagnóstico.

Un impacto emocional que cambia la vida de las familias

Más allá de las consecuencias clínicas, el estudio pone de manifiesto la enorme carga emocional que acompaña al debut de la diabetes tipo 1.

El 86% de los encuestados afirmó que el diagnóstico supuso un fuerte impacto emocional para ellos o para sus familias. Además, los principales retos señalados fueron la aceptación de la cronicidad de la enfermedad y la necesidad de asimilar, en muy poco tiempo, una gran cantidad de información relacionada con el tratamiento y el autocuidado.

"El impacto emocional es enorme", señaló Castaño durante su intervención. "No estamos hablando solo de aprender a administrar insulina o controlar la glucosa. Estamos hablando de familias que tienen que



reorganizar completamente su vida de un día para otro".

Los resultados muestran además que el 83% de los participantes experimentó modificaciones importantes en sus hábitos cotidianos y que otro 83% percibió consecuencias económicas moderadas o elevadas derivadas de la enfermedad.

Falta información sobre la detección precoz

Uno de los aspectos que más llamó la atención de los investigadores fue la escasa información que las familias reciben sobre la posibilidad de detectar la enfermedad antes de que aparezcan los síntomas.

El 73% de los encuestados aseguró que nunca había recibido orientación médica sobre programas de detección precoz o cribado de diabetes tipo 1.

Sin embargo, muchas familias afirmaron conocer la existencia de estas estrategias gracias a asociaciones de pacientes y otras fuentes de información externas al sistema sanitario.

Según explicó Luis Castaño, existe una diferencia importante entre el conocimiento que manejan actualmente algunas familias y la información que reciben en la práctica clínica habitual.

"Muchas personas ya conocen que existe la posibilidad de detectar la enfermedad antes de los síntomas, pero esa información no siempre llega desde los profesionales sanitarios", apuntó.

Un apoyo mayoritario al cribado

La encuesta muestra también un respaldo muy amplio a las estrategias de detección precoz.

El 88% considera que un diagnóstico anticipado facilitaría el manejo posterior de la enfermedad y el 65% cree que la adaptación habría sido más sencilla si hubieran sabido con antelación que convivirían con diabetes tipo 1.

Además, el 89% se mostró interesado en que estas pruebas pudieran realizarse en su entorno cercano y una proporción similar se declaró favorable a ampliar los programas de detección precoz.

Durante el debate posterior, Castaño destacó que el cribado está actualmente más asumido en el ámbito pediátrico que en la endocrinología de adultos, en parte porque las consecuencias de un diagnóstico tardío suelen ser más graves en niños y adolescentes.

Una demanda social cada vez más clara

Los autores concluyen que existe una demanda creciente por parte de pacientes y familias para avanzar hacia modelos asistenciales que incorporen la detección temprana de la diabetes tipo 1.

"Las familias nos están diciendo claramente que quieren saber antes lo que va a ocurrir", resumió Luis Castaño.

La posibilidad de anticipar el diagnóstico no solo podría reducir los casos de cetoacidosis diabética, sino también ofrecer tiempo para comprender la enfermedad, prepararse emocionalmente y afrontar con mayores herramientas el inicio del tratamiento.

Un mensaje que, según reflejan los resultados de esta encuesta nacional, cuenta ya con un amplio respaldo entre quienes conviven cada día con la diabetes tipo 1.

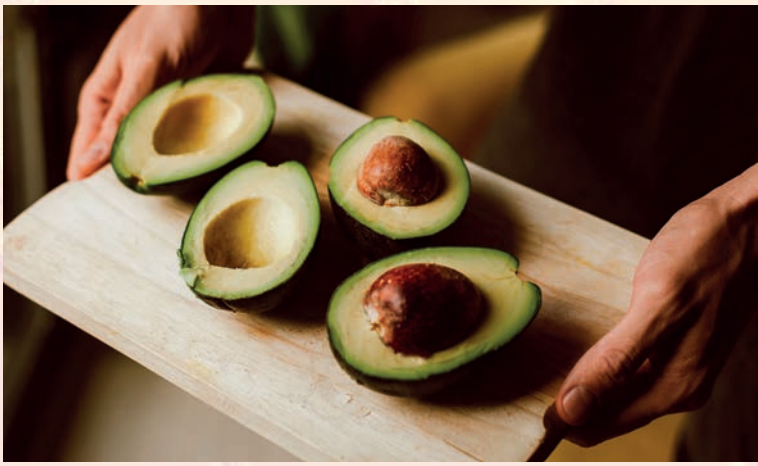
Contenido realizado gracias al apoyo de Sanofi

¿Las grasas afectan a la glucemia? Lo que debes saber si tienes diabetes

MARTINA MISERACHS, directora de Nutriendo, portal de información sobre nutrición y alimentación.
Academia Española de la Nutrición y Dietética

Cuando pensamos en la glucosa en sangre, solemos pensar automáticamente en el azúcar y el resto de hidratos de carbono. Y tiene sentido: son los nutrientes que más influyen en los niveles de glucemia. Sin embargo, las grasas también tienen un papel importante en la diabetes, aunque de una forma menos evidente.

Esto no significa que las grasas sean enemigas de las personas que viven con diabetes. De hecho, forman parte de una alimentación saludable. La clave está en entender cómo pueden influir en nuestro organismo y, sobre todo, aprender a diferenciar unas grasas de otras.



¿Las grasas elevan la glucosa?

La respuesta corta es no. A diferencia de los hidratos de carbono, las grasas no suelen provocar aumentos rápidos de glucosa en sangre. Sin embargo, eso no significa que sean irrelevantes desde el punto de vista del control glucémico.

Cuando una comida contiene una cantidad importante de grasa, la digestión suele ser más lenta. Como consecuencia, la absorción de los hidratos de carbono también puede retrasarse y la respuesta glucémica ser diferente a la esperada.

Algunas personas observan que determinadas comidas muy grasas pueden provocar elevaciones de glucosa más tardías y prolongadas en el tiempo. Es algo que puede ocurrir, por ejemplo, tras consumir comida rápida tipo hamburguesas, pizzas, salchichas, etc., que combinan altos contenidos de grasa e hidratos de carbono de fuentes no integrales, y raciones generalmente grandes.

Por otra parte, es importante destacar que la respuesta glucémica a los hidratos de carbono no depende únicamente de la cantidad ingerida, sino también del contexto en el que se consumen. Factores como la combinación con otros alimentos, el contenido en fibra, proteínas y grasas, así como el tipo de carbohidrato (simple o complejo, y su índice glucémico), influyen en la velocidad y magnitud de la absorción. En conjunto, estos elementos determinan la carga glucémica de la comida y, por tanto, su efecto sobre la glucemia.

Sin embargo, es importante no extraer una conclusión equivocada: que una comida rica en grasa provoque una subida de glucosa más lenta no significa que sea una mejor opción para la salud ni que permita consumir más azúcar o más alimentos poco saludables.

No solo importa la glucosa

En ocasiones, cuando hablamos de diabetes, toda la atención se centra en los niveles de glucosa. Sin embargo, cuidar la diabetes implica mucho más que evitar picos glucémicos.

Las personas que viven con diabetes presentan un mayor riesgo cardiovascular. Por este motivo, además de controlar la glucosa, resulta fundamental prestar atención a otros factores como la presión arterial, los niveles de colesterol y otras grasas en la sangre, el exceso de peso y la calidad de la alimentación, y es precisamente aquí donde las grasas adquieren una gran importancia. Además, es importante el efecto que el tabaquismo y el sedentarismo tienen sobre control de la glucemia y el riesgo metabólico.

¿Todas las grasas son iguales?

No. De hecho, probablemente esta sea la idea más importante de todo el artículo.

Durante años se ha tendido a hablar de "las grasas" como si fueran un único grupo. Sin embargo, existen diferencias importantes entre ellas.

Por un lado, encontramos las grasas insaturadas, presentes en alimentos como:

- Aceites de oliva (virgen, virgen extra, de oliva y de orujo).

- Otros aceites vegetales (girasol, canola, maíz, etc.).
- Frutos secos.
- Semillas oleaginosas.
- Pescados, en especial los azules.

De los aceites, es importante seleccionar preferentemente los de oliva, en especial el virgen extra, pues además de ser rico en insaturadas, lo es en un tipo concreto, como el ácido oleico. Estos alimentos forman parte de los patrones alimentarios asociados a una mejor salud cardiovascular y son las que deberían estar presentes de forma habitual en una alimentación saludable como la dieta mediterránea.

Por otro lado, tenemos las grasas saturadas, presentes en mayor cantidad en productos como:

- Mantequilla, manteca y lácteos enteros.
- Carnes en general, pero especialmente en los cortes grasos y la carnes rojas.
- Embutidos, salchichas, hamburguesas, patés, fiambres, etc.
- Bollería y productos de pastelería, y galletas en general.

Estas grasas sí se consideran perjudiciales para las funciones cardiovasculares. Esto no significa que los alimentos listados estén "prohibidos", pero sí conviene incluirlos en menor frecuencia y en cantidades reducidas. Si queremos cuidar la calidad de nuestra alimentación deberíamos priorizar en el día a día las fuentes de grasas insaturadas frente a las de grasas saturadas.

Más allá de un nutriente aislado

Otro aspecto importante es evitar fijarnos únicamente en nutrientes concretos.

A veces se buscan alimentos que no eleven demasiado la glucosa, pero se olvida valorar el conjunto de la alimentación. Un alimento puede generar una respuesta glucémica moderada y, aun así, no ser una opción recomendable si su calidad nutricional es baja.

Por eso, los profesionales de la nutrición insistimos cada vez más en valorar patrones alimentarios completos en lugar de centrarnos exclusivamente en nutrientes aislados.

La dieta mediterránea es un buen ejemplo de ello. El protagonismo de hortalizas, frutas, legumbres, pescados, cereales integrales, frutos secos y aceite de oliva virgen extra que encontramos en esta pauta nutricional se asocia tanto a un mejor control de la salud cardiovascular como a beneficios en las personas que viven con diabetes.

Consejos prácticos para el día a día

Si vives con diabetes, estas recomendaciones pueden ayudarte:

- No te fijes únicamente en las fuentes de hidratos de carbono; observa también la calidad global de la comida.

> “los profesionales de la nutrición insistimos cada vez más en valorar patrones alimentarios completos en lugar de centrarnos exclusivamente en nutrientes aislados. La dieta mediterránea es un buen ejemplo de ello.”

- Prioriza grasas saludables procedentes de aceite de oliva virgen extra, frutos secos, semillas y pescados.
- Limita el consumo habitual de productos ricos en grasas saturadas.
- Observa cómo responde tu organismo a diferentes comidas, especialmente si utilizas sistemas de monitorización de glucosa.
- Recuerda que el objetivo no es solo controlar la glucemia, sino cuidar tu salud a largo plazo.

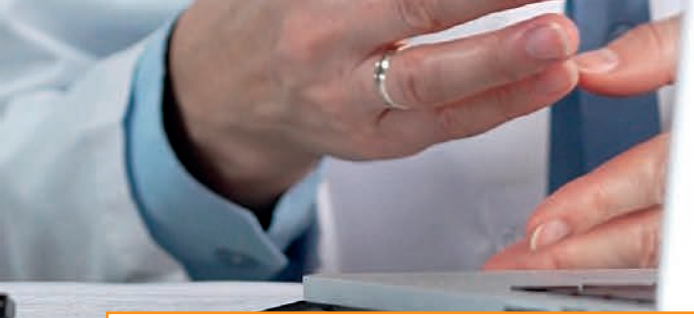
Un mensaje final: las grasas también cuentan

Durante mucho tiempo, las grasas han tenido mala fama. Sin embargo, hoy sabemos que no todas son iguales y que algunas son parte imprescindible en una alimentación saludable y beneficiosa para el control de la diabetes.

Aunque no suelen elevar la glucosa de forma directa, sí pueden influir en la respuesta glucémica y, sobre todo, desempeñan un papel importante en la salud cardiovascular, un aspecto especialmente relevante cuando se vive con diabetes.

Más que eliminarlas, el reto está en aprender a identificarlas y elegirlas mejor. Porque cuando hablamos de diabetes, no solo importa controlar la glucosa: también importa cuidar el corazón, los vasos sanguíneos y la salud en su conjunto.

Y en todo ello, las grasas también cuentan.



Tengo una consulta

Buenos días, quería haceros una consulta. Hoy acudí a mí centro de salud a por las puntas de aguja para mis bolis (uso bomba, pero por si tengo que usar la insulina de rescate) y me dicen que solo se dan ya las puntas de 4mm. Yo me pincho mucha insulina lenta en casi de rescate y siempre (aun cuando estaba más delgada y estaba en mi peso) necesité puntas de 8/12 mm porque la insulina se me quedaba en la superficie y no se me absorbía, haciéndome bultos y con el consecuente descontrol. He intentado hablar con alguien responsable en mi centro de salud y me dicen que no puedo hablar con nadie, que no hay atención al paciente... solo me dan un formulario. Me parece discriminatorio peligroso para mí salud, y supongo que para la de otras personas. ¿Qué puedo hacer?

En primer lugar, nuestra recomendación es que traslades esas complicaciones (mala absorción, aparición de bultos, descontrol) a tu equipo de endocrinología y/o a tu médico de cabecera para que respalden la necesidad de una longitud concreta en tu caso. Si lo hacen, pídeles un informe médico que lo acredite.
En segundo lugar, rellenar el formulario es más importante de lo que parece ya que, por normativa, la Administración está obligada a responder en un plazo determinado a esa solicitud. Lo ideal sería que tengas el informe médico antes de hacer la reclamación en el formulario. Ten en cuenta que las guías actuales de técnica de inyección recomiendan 4 mm de forma general, así que a nivel administrativo será importante contar con esa valoración.
Finalmente, si necesitas hablar con alguien, pero en tu centro de salud no hay servicio de atención al paciente, puedes intentar comprobar si hay uno más general en tu área sanitaria que cubra tu zona.
¡Esperamos haberte ayudado!

Para viajar en avión con insulina, ¿Qué documentos necesito?



Por lo general, con un informe médico que acredite que necesitas utilizar insulina suele ser suficiente. Además, te recomendamos que lleves el informe también en inglés si viajas al extranjero. Por otro lado, ten en cuenta que las normas podrían variar en otros países, así que si viajas fuera de la Unión Europea te recomendamos comprobar este aspecto con la embajada de España en ese país o con otras fuentes oficiales. Puedes consultar nuestra web para más información.

Me han denegado la CUME alegando como motivo que mi hija está escolarizada. Ella acude a un centro especial por necesidad que está en otra localidad, y soy la única persona a cargo de ella. ¿Cómo podría reclamar?

Buenos días. En tu caso, hay sentencias que sirven de precedente y que no aceptan la escolarización como una razón para la denegación o extinción de la ayuda. Por eso, en este caso es una buena opción reclamar. El primer paso es hacer una reclamación previa ante el INSS o la mutua que gestione la prestación, en el plazo que te hayan comunicado (debería estar anotado en el mismo documento donde te notifican la denegación). Recomendamos realizar esta reclamación directamente con ayuda de un abogado laboralista, que te oriente en qué documentación aportar y cómo redactarla. Si la reclamación no prospera o no te responden, el siguiente paso sería acudir al Juzgado de lo Social.

Mejorar el abordaje del pie diabético: una asignatura pendiente

Un estudio observacional retrospectivo elaborado por LOGEX, la Fundación Fenin, y el Foro Multidisciplinar del Pie Diabético, del que la Federación Española de Diabetes (FEDE) es miembro, ha puesto sobre la mesa la importancia de que los hospitales cuenten con una Unidad de Pie Diabético y cómo esto puede marcar una gran diferencia para las personas con diabetes.



De esta forma el estudio, 'Pie diabético en España', analiza las diferencias observadas entre diferentes pacientes, concluyendo que el contar con una Unidad de Pie Diabético se asocia a una mayor preservación del miembro y detección de complicaciones, mientras que su ausencia conlleva mayor mortalidad y amputaciones. Sin embargo, la atención es todavía deficiente, ya que el 46% de la población española no tiene acceso a unidades de pie diabético especializadas, y el 58,30% de las personas con diabetes que pasan por Atención Primaria no reciben una revisión de su pie.

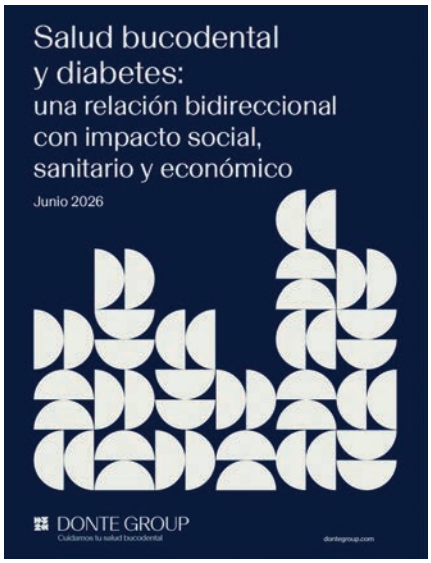
Los resultados se presentaron durante una jornada celebrada en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid, donde estuvieron presentes profesionales como José Luis Lázaro,coordinador del Foro Multidisciplinar del Pie diabético; Esther Martínez (SEACV), Sandra Redondo (SED) o Elena Carrascosa (presidenta CGCOP), entre otros.

Por parte de FEDE, estuvo presente Aitziber Marcoida, vocal de la Junta Directiva de FEDE, quien defendió la necesidad de aumentar los recursos públicos destinados a atención sanitaria del pie diabético, incluyendo la inclusión de profesionales de la podología dentro del sistema nacional de salud.

Todos los expertos incidieron en la necesidad de aumentar los recursos asistenciales y económicos destinados a esta complicación de la diabetes, con el objetivo de lograr una atención más centrada en la prevención y así evitar consecuencias más graves.

Salud bucodental y diabetes, un vínculo ignorado

Un informe impulsado por DONTE GROUP y avalado por la Sociedad Española de Diabetes (SED) y la Federación Española de Diabetes (FEDE) ha puesto cifras a una realidad que muchas personas con diabetes conocen de cerca: la salud bucodental puede verse comprometida sin un seguimiento riguroso.



Según el estudio, más del 66% de los encuestados había sido diagnosticado o presenta sospecha de periodontitis, más del 60% había sufrido sangrado de encías en el último año y más de la mitad había perdido alguna pieza dental. Además, el informe evidencia un déficit de información en los pacientes acerca de la relación entre diabetes y enfermedad periodontal, con más del 80% de los encuestados afirmando que le gustaría recibir más información sobre esta relación.

Para María José Salmerón, secretaria de la Junta Directiva de FEDE, estos datos reflejan una carencia del sistema y "ponen de manifiesto una necesidad clara de mayor coordinación asistencial y un abordaje realmente multidisciplinar".



SANIDAD DEFIENDE QUE LOS PACIENTES TENDRÁN UNA MAYOR PARTICIPACIÓN EN LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS GRACIAS AL NUEVO REAL DECRETO

El Ministerio de Sanidad presentó el pasado 6 de junio oficialmente el Real Decreto por el cual se regula la evaluación de tecnologías sanitarias (ETS).

Según la ministra de Sanidad, Mónica García, este nuevo Real Decreto 415/2026, aprobado en mayo de 2026, tiene como objetivo guiar la selección de la innovación terapéutica en el Sistema Nacional de Salud, enfocándose en aquellas innovaciones que aporten un valor a la salud de las personas de forma equitativa, sostenible y basada en la evidencia disponible.

Para llevar a cabo este objetivo, César Hernández, director general de Cartera Común de Servicios, y María Jesús Lamas, directora de la AEMPS, expusieron la futura creación de dos oficinas técnicas independientes por parte de Sanidad: una integrada en la AEMPS para el área farmacológica y otra encargada del análisis de las tecnologías sanitarias no farmacológicas. Mediante esta independencia el sistema resultaría más ágil, acelerando el acceso con mayores garantías, según asegura la ministra.

Además, durante la presentación se analizó el nuevo papel de las asociaciones de pacientes y de las sociedades científicas, quienes participarán de forma activa en estos procesos evaluadores para poder combinar tanto el conocimiento científico como la experiencia de los pacientes.

El Real Decreto pretende, por tanto, agilizar la incorporación de los tratamientos en la cartera común de servicios, unificando criterios de eficiencia y coste-efectividad en todas las comunidades autónomas y adaptando a España a la normativa europea sobre ETS.

SANIDAD APRUEBA EL PROYECTO DE LEY DE ORGANIZACIONES DE PACIENTES

El pasado mes de junio, el Consejo de ministros aprobó el Proyecto de Ley de las Organizaciones de Pacientes, una norma que reconoce jurídicamente la singularidad de estas entidades y refuerza su participación en el desarrollo de políticas sanitarias. Además, el texto contempla la necesidad de que los órganos de gobierno de estas organizaciones estén integrados por pacientes, familiares y cuidadores.

De esta forma, la presencia de los pacientes y familiares en la estructura de las organizaciones de pacientes queda garantizada, después de que diversas entidades miembros del comité asesor de la ley insistieran en este punto durante la redacción de los primeros borradores.

La definición de entidad de pacientes se refiere a organizaciones privadas sin ánimo de lucro, con actividad en más de una comunidad autónoma e inscritas en el Registro Nacional de Asociaciones. El texto subraya la necesidad de que se rijan por principios de trasparencia en la financiación, independencia respecto al sector privado y la garantía de igualdad de oportunidades y accesibilidad universal.



LA POP BUSCA DAR VOZ A LOS JÓVENES QUE CONVIVEN CON UNA PATOLOGÍA CRÓNICA

La Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP) ha organizado la jornada 'Jóvenes y cronicidad: escuchar, acompañar e incorporar nuevas voces', desde donde reclaman reforzar la participación de los niños, adolescentes y jóvenes con enfermedades crónicas en el diseño de las políticas públicas que les afectan.

En el acto, celebrado en el Injuve, se dieron cita entidades de pacientes -entre ellas FEDE- y administraciones públicas para reflexionar sobre el impacto de la cronicidad en la infancia y la juventud, compartir experiencias desarrolladas desde el movimiento asociativo y debatir sobre medidas para mejorar la atención, la participación y la inclusión de estos jóvenes.

La jornada comenzó con una bienvenida institucional a cargo de la presidenta de la POP, Carina Escobar, y del secretario de Estado de Juventud e Infancia, Rubén Pérez. Posteriormente se celebró una mesa sobre buenas prácticas impulsadas por distintas organizaciones de pacientes y el acto concluyó con un diálogo sobre políticas públicas junto al director general de Salud Pública y Equidad en Salud, Pedro Gullón.



IRENE CABALLERO

Irene Caballero Mateos es farmacéutica e investigadora clínica especializada en nutrición y educación diabetológica. Con más de 15 años de experiencia en endocrinología e investigación metabólica, ha coordinado numerosos ensayos clínicos nacionales e internacionales centrados en obesidad y diabetes. Actualmente dirige la Unidad de Investigación y Asistencia en Endocrinología y Nutrición del Hospital Vithas Sevilla y es profesora del Máster de Ensayos Clínicos de la Universidad de Sevilla. Apasionada por la educación del paciente y la innovación en salud metabólica, promueve un enfoque integrador que une la investigación, la práctica clínica y la educación terapéutica.



SALMÓN A LA NARANJA CON TOQUE DE MOSTAZA Y BATATA

ELABORACIÓN

1. Pelar la batata y cortarla en rodajas gruesas o dados. Cocerla al vapor o hervirla durante 15-20 minutos, hasta que esté tierna. Reservar.
2. Cortar la cebolla en juliana fina y pocharla en una sartén con el aceite de oliva a fuego suave durante 8-10 minutos, hasta que quede transparente y ligeramente dorada.
3. Añadir el zumo de naranja, la mostaza y la salsa de soja baja en sal. Remover bien y cocinar durante 3-4 minutos para que la salsa reduzca ligeramente.
4. Salpimentar los lomos de salmón y cocinarlos en una sartén antiadherente durante 3-4 minutos por cada lado, dependiendo de su grosor.
5. Incorporar el salmón a la sartén con la salsa y cocinar 1 minuto más, bañándolo con la salsa para que absorba todos los aromas.
6. Servir inmediatamente acompañado de la batata cocida y cubrir con la salsa de naranja, cebolla, mostaza y soja.

PRESENTACIÓN

Colocar el lomo de salmón en el centro del plato, disponer la batata a un lado y napar el pescado con la salsa. Decorar con perejil fresco picado y unas finas tiras de piel de naranja.

RECOMENDACIÓN NUTRICIONAL

Esta receta es especialmente recomendable para personas con diabetes tipo 2. El salmón es una excelente fuente de proteínas de alto valor biológico y ácidos grasos omega-3, que contribuyen a la salud cardiovascular. La batata cocida al vapor presenta una carga glucémica moderada y un mayor contenido en fibra que la patata, favoreciendo un mejor control de la glucemia. El uso de salsa de soja baja en sal permite potenciar el sabor reduciendo el aporte de sodio.



PASTEL DE ALCACHOFAS CON GUISANTES

1. Escurrir muy bien las alcachofas y los guisantes de conserva.
2. Picar finamente la cebolleta y pocharla en una sartén con el aceite de oliva hasta que quede transparente.
3. Incorporar las alcachofas y los guisantes y cocinar durante 2 o 3 minutos para eliminar el exceso de humedad.
4. Machacar la mezcla con un tenedor hasta obtener una preparación homogénea, conservando pequeños trozos de verdura.
5. Añadir el tomate frito, mezclar y salpimentar al gusto.
6. Incorporar los huevos ligeramente batidos y remover a fuego muy suave, casi con el fuego apagado, únicamente hasta que todos los ingredientes queden bien integrados. Los huevos no deben llegar a cuajar.
7. Engrasar ligeramente un molde con aceite de oliva y verter la preparación. Tapar el molde con su tapa o cubrirlo bien con papel de aluminio.
8. Colocar el molde al baño María dentro de la olla exprés, con agua hasta aproximadamente un tercio de la altura del molde.
9. Cocinar durante **7 minutos desde que la olla alcance la presión**.
10. Dejar que la presión desaparezca de forma natural antes de abrir la olla.
11. Dejar enfriar completamente y refrigerar **durante al menos 3 horas** antes de desmoldar.

PRESENTACIÓN

Desmoldar con cuidado y colocar el pudin en una fuente de servir. Acompañar con **espárragos blancos** dispuestos en los laterales y **mayonesa** servida en los extremos de la fuente o en una salsera aparte.

Servir bien frío.

RECOMENDACIÓN NUTRICIONAL

El **pudin de alcachofas con guisantes** es una preparación adecuada para personas con **diabetes mellitus tipo 2**, ya que combina verduras, legumbres y proteínas de alto valor biológico, aportando una cantidad moderada de hidratos de carbono y un elevado contenido en fibra, lo que contribuye a un mejor control de la glucemia y aumenta la sensación de saciedad.

Se recomienda utilizar **tomate frito sin azúcares añadidos** y acompañar el plato con una ensalada o verduras frescas. La mayonesa puede servirse de forma opcional y en cantidad moderada, preferiblemente elaborada con aceite de oliva.

Valor energético de la receta: 620 kcal.

Grupo de alimentos

Verduras y hortalizas: Alcachofas, cebolleta, tomate frito.
Legumbres: Guisantes.
Alimentos protéicos: Huevos
Grasas saludables: Aceie de oliva virgen extra.

INGREDIENTE	Cantidad	Equivalencia	Kcal
Alcachofas en conserva (escurridas)	300 g	1 bote grande	120
Guisantes en conserva (escurridos)	200 g	1 bote mediano	140
Huevos	3 uds.	tamaño L	216
Cebolletas	60 g	1 pequeña	19
Tomate frito sin azúcares añadidos	45 g	3 cucharadas soperas	35
Aceite de oliva virgen extra	10 ml	1 cucharada sopera	90
Sal	1 g	1/2 pellizco	0
Pimienta negra	Al gusto	c/s	0

CATEGORÍA	Totales (g)	Porcentaje (%)	Totales (kcal)	Porcentaje kcal (%)
Proteínas	39,7	35,1	158,8	26,6
Hidratos de carbono	44,5	39,3	178,0	29,8
Azúcares libres	0,0	0,0	0,0	0,0
Grasas	29,0	25,6	261,0	43,6
Grasas saturadas	9,8	33,8	88,2	14,7
Grasas insaturadas (saludables)	19,2	66,2	172,8	28,9

Diabetes y salud bucal: una relación importante que no debemos olvidar

JAVIER ABIZANDA MARTINEZ
Miembro del grupo de trabajo de diabetes de SEFAC

Cuando hablamos de diabetes, la mayoría de las personas piensa en el azúcar en sangre, la alimentación, el ejercicio físico o la medicación. Sin embargo, existe un aspecto de la salud que muchas veces pasa desapercibido y que también puede verse afectado: la salud bucal. La evidencia científica demuestra que la diabetes y las enfermedades bucales mantienen una relación estrecha y de doble sentido.

La boca forma parte de nuestro organismo y, como ocurre con otros órganos, también puede sufrir las consecuencias de una diabetes mal controlada. Del mismo modo, ciertos problemas bucales pueden dificultar el control de la glucosa. Por eso, cuidar la boca no es solo cuestión estética o dental: también es una parte importante del cuidado integral de la diabetes

¿Cómo puede afectar la diabetes a la salud bucal?

Cuando los niveles de glucosa permanecen elevados durante largos periodos de tiempo, pueden producirse cambios que favorecen la inflamación y aumenta el riesgo de infecciones. Además, la capacidad de cicatrización puede verse reducida.

Entre los problemas más frecuentes encontramos:

Enfermedad de las encías

Es uno de los trastornos mas habituales. Las encías pueden inflamarse, enrojecerse o sangrar al cepillarse. Si no se trata a tiempo, puede evolucionar y afectar al hueso que sostiene los dientes. La enfermedad periodontal ha sido considerada incluso una de las complicaciones mas frecuentes de la diabetes.

Boca seca

Muchas personas con diabetes refieren sensación de sequedad oral. La saliva es fundamental para proteger la boca, por lo que su disminución puede favorecer molestias, mal aliento y caries.

Caries dental

El riesgo puede aumentar cuando existe sequedad bucal, una higiene deficiente o hábitos alimentarios inadecuados.

Infecciones por hongos

Como la candidiasis oral, que puede manifestarse con placas blanquecinas, escozor o molestias en la lengua y mucosas especialmente cuando existe mal control glucémico.

Cicatrización más lenta

Pequeñas heridas, rozaduras o llagas pueden tardar más tiempo en curarse debido a alteraciones vasculares y metabólicas.

¿Puede la salud bucal influir en la diabetes?

Si. La relación entre diabetes y boca es bidireccional. Una inflamación mantenida en las encías puede dificultar el control glucémico y favorecer mayores oscilaciones de azúcar en sangre.

Diversos estudios han mostrado que mejorar la salud periodontal puede contribuir a mejorar parámetros metabólicos. Por ello, mantener una buena salud oral puede ayudar también a controlar mejor la diabetes y mejor la calidad de vida.

Señales de alerta que conviene vigilar

Es recomendable consultar con un profesional sanitario si aparecen:

- Sangrado frecuente de encías.
- Inflamación o dolor en la boca.
- Mal aliento persistente.
- Sequedad constante.
- Sensibilidad dental nueva.
- Movilidad de piezas dentales.
- Llagas que no cicatrizan bien.

No se deben normalizar estos síntomas.

Consejos prácticos para el día a día

Las personas con diabetes pueden proteger su salud bucal con medidas sencillas:

1. **Mantener controlada la glucosa:** Seguir correctamente el tratamiento pautado por el médico es fundamental.
2. **Higiene oral diaria:** Cepillado después de las comidas, uso de seda dental o cepillos interdentales y limpieza de la lengua.
3. **Hidratación adecuada:** Beber agua con frecuencia ayuda especialmente si existe boca seca.
4. **Revisiones periódicas:** Acudir al dentista de forma regular, aunque no haya dolor.
5. **Evitar tabaco:** Fumar empeora claramente la salud de las encías y aumenta el riesgo periodontal.
6. **Consultar dudas:** Ante cualquier cambio o molestia, es importante pedir consejo.

El papel de la farmacia comunitaria

La farmacia comunitaria es un punto sanitario cercano y accesible. Desde la farmacia comunitaria podemos ayudar con

- Educación sanitaria sobre Diabetes.
- Consejos de higiene bucal individualizados.
- Recomendación de productos adecuados.
- Manejo de la boca seca.
- Seguimiento de tratamientos.
- Derivación al médico o dentista cuando sea necesario.

En definitiva, la boca también habla de tu salud. Si tiene diabetes, cuidar dientes y encías es una parte más del tratamiento. Prevenir siempre será mejor que tratar. La colaboración entre paciente, dentista, médico y farmacéutico puede marcar una gran diferencia.



Tu sensor te da datos... ¿sabes qué hacer con ellos?

ACADEMIA DIABETES
Formación para la diabetes

con la colaboración de

dexcom

TU DÍA A DÍA CON SENSOR DE GLUCOSA

Formación online con acceso gratuito

- **Entiende los datos de tu sensor**
- **Interpreta las tendencias de tu glucosa**



DIRIGIDA POR
SERAFÍN MURILLO

Escanea y empieza hoy

SI ERES DE **ZERO**, ERES

gullón zero









Descubre el nuevo look de **Gullón Zero,** pensado para ti y tu estilo de vida saludable. Mantiene el sabor que te encanta, ahora con una imagen más fresca y natural que refleja todo lo bueno de cuidarte. Con **cero azúcares añadidos**, puedes disfrutar de cada bocado sin culpa. Porque sabes que elegir bien también puede ser delicioso, y con **Gullón Zero**, lo saludable se ve y se siente mejor que nunca.