



Edición N° 89 - Octubre de 2024



Diabetes y Obesidad



Parte 1



NOTICIA DE ÚLTIMO MOMENTO
NUEVA RESOLUCIÓN PUEDE PERJUDICAR
DERECHOS ADQUIRIDOS

PÁGINA 6

EN ESTE NÚMERO:

- FORMACIÓN DE HÁBITOS Y CEREBRO
- FORMACIÓN DE HÁBITOS Y ESTRATEGIAS DESDE LA PSICOLOGÍA
- PMO FRENTE A LOS NUEVOS MEDICAMENTOS
- NUEVOS MEDICAMENTOS
- ABANDONAR PREJUICIOS
- HISTORIAS DE VIDA: EMBARAZO CON DIABETES, FRENO AL SOBREPESO
- QUÉ HACER CON UN ALIMENTO CON OCTÓGONO NEGRO
- HOY SE PRESENTA LA ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DEL DEPARTAMENTO DE CASTELLANOS, SANTA FE

ACCU-CHEK®
Guide



Sorprendentemente ingenioso

Conectar tu glucómetro **Accu-Chek® Guide** a la aplicación **mySugr®** te ayudará a registrar de forma automática tus glucemias, facilitando la gestión de la diabetes.



57
244
83
67
72
190
219
172
106
114
111
64
86
24
98
85
106
133
80



Para mayor información, visite go.roche.com/mySugr

Referencias: 1. Dehong F, Mayer H, and Kober J. Real-World Assessments of mySugr Mobile Health App. Diabetes Technol Ther. 2019;21(S2):S235-S240.

Ensayo orientativo para la autodetección de la glucemia, sin valor diagnóstico.

Accu-Chek Guide es marca registrada de Roche. Autorizado por ANMAT: Accu-Chek Guide PM 2276-8576.

Lea atentamente las instrucciones de uso. Ante la menor duda, consulte a su médico. mySugr es marca registrada de Roche.

Autorizado por ANMAT: mySugr PM-2276-9. Validar compatibilidad de smartphones en sitio web de mySugr.

Para obtener más información comuníquese a nuestro Centro de Atención Roche Diabetes Care al 0800-333-6365.

Roche Diabetes Care Argentina S.A. Rawson 3150 (B1610BAL) - Ricardo Rojas, Tigre-Buenos Aires, Argentina.

Staff

NUESTRA VOZ es una publicación de la **Federación Argentina de Diabetes (FAD)**, sin fines de lucro y de distribución gratuita para socios y adherentes a la FAD.

Los editores no se responsabilizan por el contenido de las notas firmadas ni por las opiniones vertidas en las entrevistas. El contenido de las publicidades es exclusiva responsabilidad de los anunciantes.


Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización de la fuente.

Directora:
Prof. Judit Laufer

Edición y Coordinación:
Periodista Científica Jordana Dorfman
Prof. Judit Laufer

Agradecimientos:
Lic. Belén Avila
Sra. Brenda Basabez
Dr. Daniel Croatto
Abogado Christian Hernán Gali
Prof. Judit Laufer
Dr. Gabriel Lijteroff
Sra. Patricia Ropolo
Lic. Evangelina Sosa

Diseño Gráfico:
Gustavo H. Troisi

 Envíanos tus sugerencias o comentarios a nuestravoz.fad@gmail.com

Sumario

Editorial	5
¿La cobertura de salud puede obligar al paciente a ser atendido por el médico que esa prestadora determine?	6
Relación obesidad/cerebro, y sus respuestas frente a los cambios de hábitos	8
¿Querer es poder?	10
Una mirada sobre el peso que le pesa a las personas que lo tienen	13
¿Qué hago con tantas etiquetas negras en la heladera?!	14
Apoyo farmacológico en obesidad y diabetes	18
Los análogos GLP1, alcances del PMO	22
Hábitos, diabetes, sobrepeso y embarazo	24
Las Asociaciones nos cuentan	26
Contactos y Asociaciones	28

CUIDAMOS LO MEJOR QUE TENEMOS

Porque entendemos como darle valor
a la salud, acompañándolos hoy
más que nunca, con el compromiso
de mejorar siempre la calidad de vida.



Línea
Diabetes

A Ustedes...

Nuestra Voz, nuestra revista, busca siempre y a través de distintas y sucesivas ediciones, ofrecer información a la comunidad, siempre información con evidencia científica.

En esta salida, temas sobre Obesidad y Diabetes son abordadas de manera conjunta, ya que ambas se han constituido en dos desafíos de nuestra salud en este mundo contemporáneo. Ambas, no solo afectan la salud física de quienes las tienen, sino que también su bienestar emocional y social. Al abrir el diálogo entre Obesidad y Diabetes (a menudo se dan la mano afectando a millones de personas en todo el mundo) nos impulsa a poder hacerlo en conjunto.

Frente a este panorama, desde FAD consideramos que se vuelve crucial adoptar un enfoque integral que incluye la educación sobre la salud, promoción de estilos de vida saludable y el acceso a tratamientos y servicios médicos adecuados. Esto nos orienta a dedicarle una edición completa a tratar el tema, para ayudar a quienes nos leen a comprender mejor la relación entre Diabetes y Obesidad y a encontrar caminos más saludables.

Desde FAD, nos enfocamos en poder planificar acciones que sirvan para empoderar a las personas a tomar decisiones informadas que impacten positivamente en su bienestar.

Los invitamos a leernos, a sumarse a iniciativas que proyecta FAD para la Comunidad.

Espero que vayan encontrando en estas notas algunas respuestas a sus inquietudes, como así también puedan surgir nueva que los lleven a conocer más para hacer mejor.

Los abrazo,



PROF. JUDIT LAUFER

Presidente FAD
Directora Área de Educación FAD
Miembro integrante Task Force Educación IDF-SACA

¿La cobertura de salud puede obligar al paciente a ser atendido por el médico que esa prestadora determine?

➤ UNA NUEVA RESOLUCIÓN QUE PUEDE PERJUDICAR DERECHOS ADQUIRIDOS.

La Ley de Diabetes, en su Art 5, establece cómo acreditar que una persona tiene diabetes para que pueda acceder a la cobertura de su tratamiento al 100%. Este artículo enuncia lo siguiente: *“La Autoridad de Aplicación no podrá ampliar los requisitos de acreditación para acceder a la cobertura”*. Esto significa que la obra social, la prepaga o el sistema de cobertura médica provincial no pueden pedir más comprobantes que aquellos determinados por la ley.

En este contexto, el pasado lunes 28 de octubre, la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), que es el ente de control de las Obras Sociales y la Prepagas, presentó la normativa 3934/2024. La misma, entre otras cosas, dice que la cobertura médico-asistencial de prácticas y medicamentos será otorgada exclusivamente sobre la base de prescripciones realizadas por los médicos que integren la cartilla del Agente del Seguro de Salud correspondiente. Es decir que, si una persona se atiende con un profesional fuera de cartilla, no serán válidas las ordenes medicas que este prescriba.

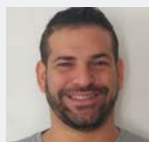
Es evidente que este planteo no es viable, porque si hoy tenemos un sistema colapsado en turnos y atenciones, el mismo va a llegar a un estado de saturación que perjudicará a todos los afiliados. Incluso hoy, en muchos casos, hay médicos que eran de cartilla y por decisión unilateral de la cobertura médica dejan de serlo, y por un tema de antigüedad y confianza el paciente se sigue atendiendo con ellos, aunque tenga que pagar la consulta médica. Es decir que, entonces, si la obra social o la prepaga decide que un médico no responde a sus intereses comerciales, lo saca de cartilla y obliga al paciente a optar por un profesional de cartilla, quien, por fidelidad a la prestadora, podría modificar el tratamiento por una más económico. Por supuesto, con esto no estamos denostando a todos los médicos,

solo señalamos una situación que sabemos se ha dado, recientemente, en una prestadora.

Desde lo legal, claramente esta nueva resolución del gobierno **es inconstitucional**, porque lesiona derechos fundamentales como el de la salud y el de elegir el médico de cabecera. **Desde hace muchos años la jurisprudencia ha señalado que la elección del médico de cabecera se basa en una relación de confianza y en la medida que los pedidos estén justificados científicamente no pueden ser rechazados.** También va en contra la Ley de Derechos del Paciente, la cual nos dice que es éste quien opta por su médico de cabecera y no la cobertura médica.

Por lo anterior, me atrevo a afirmar que no pasará mucho tiempo antes de que esta medida se declare inconstitucional, parcial o totalmente, y los juzgado se llenen de amparos, porque sobra defensa judicial y porque tenemos leyes nacionales que se encuentran muy por arriba de una simple Resolución de la SSS, porque es una normativa que dicta un órgano dependiente del Ministerio de Salud, es decir que está por debajo de la Resol 2820/2022 y de la Ley de Diabetes, recordando que nuestra ley hace valer a nuestro médico de cabecera.

Desde el Comité de Asuntos Legales, estaremos informando o aclarando cómo termina este capítulo, el cual repudiamos.



DR. CHRISTIAN HERNÁN GALI

Director C.A.L. – F.A.D.
T°100 F°973 C.P.A.C.F.
legales@fad.org.ar



Diabetes: educar para proteger el futuro

Más del 90% del cuidado de la diabetes es auto-cuidado.
¿Tiene el conocimiento para tomar decisiones informadas?

Tome las riendas del cuidado de su diabetes

Acceda a educación gratuita sobre diabetes:

worlddiabetesday.org/understandingdiabetes

[#DíaMundialDeLaDiabetes](#) [#EducarParaProteger](#)



Relación obesidad/cerebro, y sus respuestas frente a los cambios de hábitos

➤ **TRATAR LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO REQUIERE DE VARIAS ESTRATEGIAS PARA ALIVIAR LA CARGA QUE, A VECES, REPRESENTA EL COMENZAR CON ACTIVIDAD FÍSICA Y COMER DE MANERA SALUDABLE. UNA DE ELLAS ES “ENTRENAR” AL CEREBRO PARA LOGRARLO. EL DR. CROATTO EXPLICA AQUÍ POR QUÉ OCURRE ESTO Y PROPONE ALGUNAS TÉCNICAS VINCULADAS.**

La relación entre el cerebro y la obesidad es compleja y se centra en cómo el cerebro regula el hambre, la saciedad y el comportamiento alimentario. Muchas estructuras cerebrales juegan un papel importante en la percepción de las señales de hambre y saciedad, además de ser responsables del control de impulsos y la toma de decisiones relacionadas con la comida. Las alteraciones en estos mecanismos pueden llevar a un aumento de la ingesta calórica y a la preferencia por alimentos más sabrosos, lo que contribuye al desarrollo y mantenimiento de la obesidad.

El tratamiento del sobrepeso y la obesidad a menudo requiere un enfoque integral que considere las respuestas del cerebro en la formación de hábitos saludables. La neuroplasticidad, **la capacidad del cerebro para adaptarse y cambiar en respuesta a nuevas experiencias**, es fundamental en este proceso. A través de la repetición y la constancia, el cerebro puede establecer nuevos patrones de comportamiento que favorezcan la pérdida de peso y la adopción de un estilo de vida más saludable.

Cuando se intenta modificar hábitos alimenticios o de actividad física, el cerebro responde a través de diversos mecanismos de funcionamiento. Entre ellos, libera unas sustancias químicas llamadas “neurotransmisores” que llevan información entre las células del cerebro. Por ejemplo, la liberación de neurotransmisores, como la dopamina y

la serotonina, juegan un papel crucial en la motivación y el placer asociados con la alimentación y el ejercicio.

Como cuando comemos, especialmente alimentos ricos en azúcar y grasas, se libera la dopamina que nos hacen sentir placer. Este sistema puede llevarnos a buscar constantemente esos alimentos para sentir esa misma satisfacción, lo que puede contribuir al sobrepeso y la obesidad. Este mecanismo se reconoce y denomina como **sistema de recompensa**.

La motivación interna es un factor clave en el proceso de cambio. Las decisiones del cerebro no siempre son racionales; a menudo están influenciadas por procesos automáticos y no conscientes. Por ejemplo, una persona puede tener la intención consciente de hacer ejercicio, pero factores externos, como distracciones o el ambiente, pueden interferir con esa decisión. Por lo tanto, es esencial identificar los disparadores de conductas no deseadas y establecer objetivos alcanzables y realistas.

CÓMO “ENSEÑAR” AL CEREBRO A DISFRUTAR NUEVOS HÁBITOS

La repetición es fundamental para la formación de nuevos hábitos. El cerebro no aprende solo a través de la racionalidad, es decir, el pensar en los beneficios de una actividad saludable, ya que la experiencia y la práctica son cruciales. Cuanto más se repite una acción, más fácil

se vuelve, ya que se crean y fortalecen las conexiones neuronales asociadas con ese comportamiento. Este proceso se asemeja a la creación de un camino en un terreno; cuanto más se utiliza, más claro y accesible se vuelve. **Por lo tanto, es importante comenzar con pequeños cambios que sean sostenibles y que se puedan integrar en la rutina diaria.**

Sin embargo, el cambio de hábitos no es un proceso sencillo. La resistencia al cambio puede surgir debido a la necesidad de recursos cognitivos, como mayor atención y energía cerebral. Estos recursos son limitados, lo que significa que el órgano tiende a preferir comportamientos que requieren menos esfuerzo, como mantener hábitos

poco saludables. Por lo que es importante el estrés positivo, que se produce cuando el cerebro se adapta a nuevas condiciones, ya que puede ser beneficioso. Pero si los objetivos de cambio son demasiado ambiciosos, se puede generar distrés, un tipo de estrés negativo que interfiere con el aprendizaje y la adaptación.

En conclusión, el tratamiento de la obesidad debe considerar las respuestas fisiológicas del cerebro y cómo estas afectan la formación de hábitos. Al comprender la neuroplasticidad, la importancia de la repetición y la influencia de la motivación, se pueden implementar estrategias efectivas que faciliten el cambio hacia un estilo de vida más saludable (ver: **CEREBRO Y CAMBIOS SALUDABLES**).

CEREBRO Y CAMBIOS SALUDABLES

Para abordar la obesidad de manera efectiva, es fundamental considerar las respuestas fisiológicas del cerebro y cómo estas influyen en la formación de hábitos. Algunas estrategias clave incluyen:

- 👍 Establecer metas realistas: es crucial fijar objetivos alcanzables que no abrumen al cerebro. Cambios pequeños y graduales son más sostenibles a largo plazo.
- 👍 Identificar disparadores: reconocer los factores internos y externos que facilitan o dificultan el cambio es esencial para modificar comportamientos. Esto puede incluir evitar situaciones que desencadenen la alimentación emocional o el sedentarismo.
- 👍 Fomentar la repetición: la práctica constante de nuevos hábitos es vital para que se conviertan en automáticos. Esto puede incluir programar sesiones de ejercicio regulares o planificar comidas saludables.
- 👍 Utilizar el estrés positivo: aprovechar el estrés positivo para motivarse a adaptarse a nuevos hábitos puede ser beneficioso. Esto implica estar alerta y receptivo a los cambios en el entorno. Los cambios

de entorno que pueden resultar beneficiosos incluyen **ambientes saludables** (fácil acceso a alimentos frescos y nutritivos, puede fomentar una mejor alimentación), **ejercicio accesible** (asistir a lugares donde se faciliten actividades físicas incentiva un estilo de vida activo), **redes de apoyo** (rodearse de personas que fomenten hábitos saludables y se motiven mutuamente), **rutinas estructuradas** (establecer rutinas diarias que incluyan momentos de ejercicio, meditación o preparación de comidas saludables ayudan a consolidar hábitos positivos), **espacios de relajación** (crear un entorno que permita la relajación y la desconexión, como un rincón de lectura o un área de meditación, puede ayudar a manejar el estrés de manera más efectiva).

- 👍 Apoyar la motivación interna: fomentar una motivación interna sólida, que esté alineada con los valores y objetivos personales, puede ayudar a mantener el compromiso con el cambio.
- 👍 Buscar el apoyo en profesionales capacitados en el área como médicos, psicólogos, nutricionistas, profesores de educación física es sumamente importante para una mejor planificación seguimiento y medición de los resultados.



DANIEL CROATTO

MP 4476 Especialista en Clínica Médica
Magister en Factores de Riesgo
Cardiovascular (Universitat Barcelona)
Maestría en Diabetes y Nutrición (Universidad
Católica Córdoba)
Director de Mains Bleues (Rafaela- Santa Fe)
Linkedin: Daniel-Croatto

¿Querer es poder?

➤ LA LIC. AVILA PROPONE ESTRATEGIAS PARA QUE LA RESPUESTA A ESTA PREGUNTA SEA POSITIVA A LA HORA DE BUSCAR LA SALUD ANTE LA OBESIDAD Y LA DIABETES.

La obesidad es considerada desde hace varios años una enfermedad crónica. Es multifactorial, es decir que son muchos los motivos por los que aparece, tanto como muchas las aristas para abordarla. El Dr. Miguel Ángel Carbajo, reconocido especialista español, suele señalar cuando se lo entrevista en relación a lo fisiológico, es decir al funcionamiento del cuerpo: *“No sabemos por qué, en un momento de la vida, las células grasas empiezan a multiplicarse de forma exagerada”* exonerando, así, de la culpabilidad que pueden sentir las personas con obesidad. Y enfatiza que *“... es incontrolable por la mente humana, es decir que no es algo que tenga que ver con la fuerza de voluntad.”*¹

Ante este escenario, aparece la propuesta del trabajo mancomunado. Muy probablemente, cada uno solo no pueda resolverlo por su cuenta. Pero tal vez todos juntos logremos avanzar. El querer desde la voluntad se vuelve necesario, pero no es suficiente. Todos deberíamos querer ser parte de este proceso de cambio. Cada uno desde su rol (médico, nutricionista, psicóloga, persona con obesidad, familia, etc.) tiene diferentes responsabilidades que debe asumir. **Querer se transforma en poder si vamos encontrando la estrategia para generar las causas y condiciones que nos llevarán hacia ese objetivo planteado.**

LA ENFERMEDAD, LAS ESTRATEGIAS DEL CUERPO Y DE LA MENTE

Primeramente, sentamos la base de que cada persona es un todo integral. Asimismo, es inseparable de su ambiente, por lo tanto, incluiremos su contexto social. Cada persona tiene un cuerpo biológico que inevitablemente vive aquí y ahora. Ese cuerpo que nos permite hacer un anclaje en el presente. Nos separa del

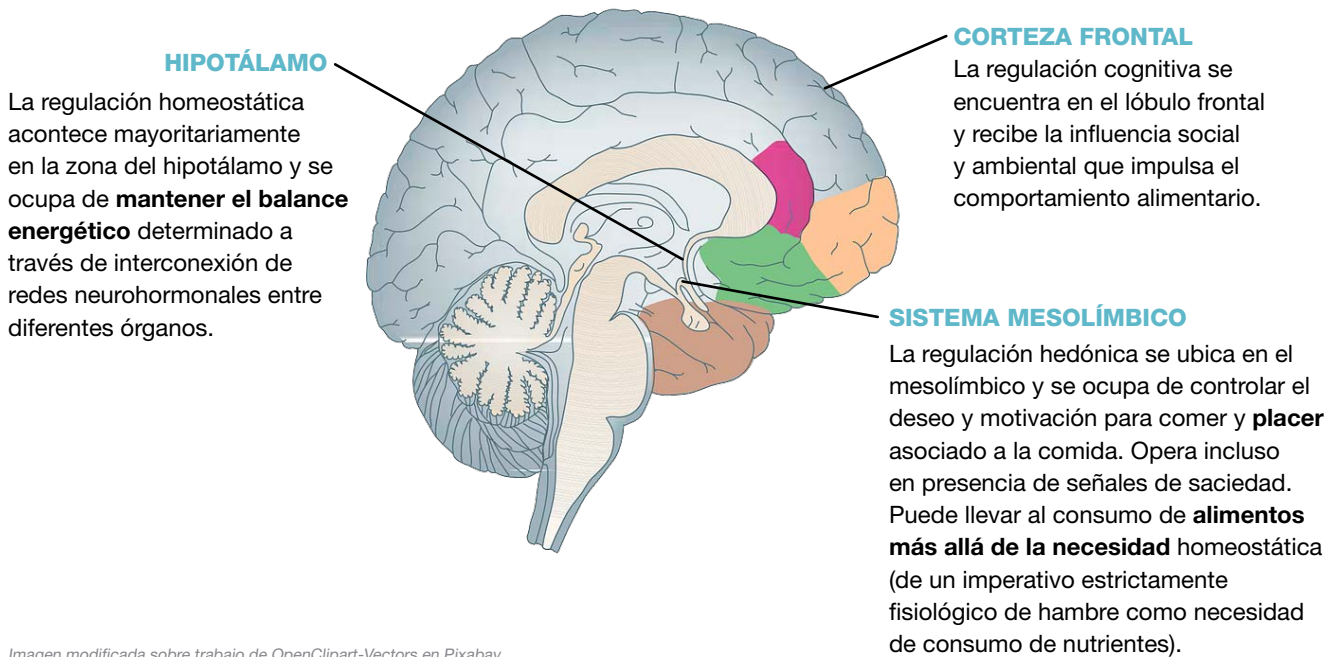
mundo de la fantasía, del pasado que ya fue y el futuro que aún no llega. Nos permite conectarnos con lo real. Esa persona tiene un sistema de autorregulación como proceso natural de los organismos.

Es la capacidad del cuerpo de sanarse buscando la homeostasis, es decir, el equilibrio. El equipo formado entre los profesionales de salud junto con el paciente establecen objetivos de trabajo para devolverle al cuerpo de la persona el poder que tiene sobre sí mismo. Esta persona que mantiene el principio de la evolución: siempre puede adaptarse, transformarse, crecer, cambiar para continuar. La persona es libre y responsable. Puede elegir y puede decidir. Aunque no se haga cargo, tiene responsabilidad de dar respuesta a lo que le sucede. Aunque sea desestimar cualquier propuesta; el silencio mismo también es respuesta. Y la persona como historia, no como un diagnóstico. El hecho de tener un diagnóstico como diabetes y/u obesidad puede condicionar, pero no es determinante, el diagnóstico es hoy, en los sucesivos existen muchas estrategias para salir adelante.

Probablemente, si tuviéramos que asignar un lugar físico para la fuerza de voluntad, apuntaríamos al cerebro, dado que es centro de control del cuerpo. Sin embargo, no se ha encontrado en el cerebro una zona que se active o desactive solamente a fuerza de voluntad, sino que ocurren procesos muchos más complejos.

Respecto de la conducta alimentaria, interaccionan tres circuitos: el homeostático (equilibrio), el hedónico (placer) y el cognitivo (intelectual).

(1) <https://www.deia.eus/salud/2023/03/04/obesidad-ver-llamada-fuerza-voluntad-6523824.html>



Con todo este marco de complejidad presentado, las personas se acercan a las consultas para quitarse el dolor que sienten. Ese dolor tanto físico como emocional. En realidad, mejor dicho, sería que quieren que le quiten el dolor que les aqueja. Depositán en los profesionales de la salud la situación de tener que encontrar la fórmula para hacer desaparecer el sufrimiento. “Tome esta pastilla y todo se resolverá mágicamente.” Realmente quieren dejar de sufrir. Pero... ¿querer es poder?

Si se pensara que solo es trabajo de los profesionales de la salud, que seguramente quieran y tengan la voluntad de ofrecer alternativas de tratamiento para lo que sea presentado. Es la piedra angular de su vocación. Sabemos que la ciencia sigue avanzando y ofreciendo diferentes alternativas de tratamiento como las cirugías, las medicaciones orales y las más nuevas inyectables, a la vez que aparecen nuevas estrategias nutricionales con respaldo científico. **Pero todos deberíamos seguir viendo a la persona que se encuentra frente a nosotros.**

Los seres humanos somos seres complejos: somos una totalidad que está en relación con el ambiente que nos contiene. La conducta humana, por lo tanto, también es algo complejo. Y la conducta alimentaria específicamente es multideterminada: influenciada por factores biológicos, psicológicos, emocionales, espirituales, sociales, familiares, culturales, ambientales. Y la tercera característica es que la realidad es una, pero la manera de interpretarla es propia, de cada persona: ante un mismo evento diferentes personas tienen distintas interpretaciones a partir de su propio sistema de creencias.

ESCUCHAR Y ESCUCHARSE

Pero incluso con la mirada integral de la persona del equipo de profesionales de la salud interdisciplinario no es suficiente. Porque falta involucrar activamente a la persona. Entonces, visto desde ese lugar, querer no es poder. Al menos es un poder limitado y condicionado.

Entonces nos paramos del otro lado de la vereda y escuchamos a la persona, posiblemente atravesada por los estigmas de la obesidad (como que está así por falta de voluntad, porque no quiere cerrar la boca, porque no hace actividad física, porque subió una foto comiendo hamburguesas y papas fritas a las redes sociales en lugar de cuidarse y hacer dieta, etc.) que piensa que debería poder resolverlo sola, pero no puede. Y por ello le transfiere el poder del cambio al equipo de profesionales de la salud, relegándose así en una posición de impotencia, de frustración y de pasividad. Quiere el cambio, pero no puede hacer nada. Y tampoco encontraremos por allí el camino del bienestar.

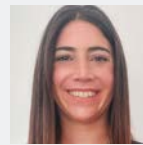
Sugerimos comenzar por validar las emociones que sentimos. Evitar reprimir los sentimientos de culpa, de frustración, de tristeza y cualquier otro que pudiera presentarse. Desde un espacio de introspección podemos indagar sobre lo que está sucediendo en nuestro interior. Un momento de diálogo conmigo mismo puede favorecer el camino del autoconocimiento, para luego buscar desde la calma mental un plan de acción que genere las causas y condiciones que me acerquen al destino elegido.

No se puede cambiar lo que ha sucedido hasta ahora, pero sí se puede cambiar la mirada al respecto. Una cicatriz no es sentencia y, si bien todos tenemos nuestras propias cicatrices, siempre podemos modelar cómo nos afecta hoy nuestra historia, qué podemos hacer en este presente para aliviar este sufrimiento.

Para ello tengo que saber dónde quiero llegar y saber también que es bueno pedir una mano a las personas que elija que me acompañen en este proceso. Saber también que, como cualquier proceso, lleva tiempo y que la motivación del comienzo debe sostenerse con disciplina. Tan contundente como dice la canción Color Esperanza: Saber que se puede. Querer que se pueda.

SUGERENCIAS

- ➔ Introspección: mirar hacia nuestro interior para darle luz a las emociones y los pensamientos.
- ➔ Validar emociones: respetar lo que sentimos (evitar reprimirlo) para poder buscar herramientas para gestionarlo.
- ➔ Establecer objetivos: proponer metas difíciles, pero alcanzables y que puedan medirse para su evaluación.
- ➔ Crear el plan de acción: establecer las estrategias y los pasos a seguir para alcanzar los objetivos propuestos.
- ➔ Comprender el proceso de cambio: saber que es dinámico, que implica tiempo y disciplina para sostenerlo
- ➔ Elegir la compañía del viaje: armar una red de apoyo si fuera necesario y sostenernos en ella.



LIC. MARÍA BELÉN AVILA

Coordinadora Área Psicología de la de la Federación Argentina de Diabetes
psicologia@fad.org.ar
 IDF- Región SACA, Miembro de Task Force Disaster



Diabetes: educar para proteger el futuro

Más del 90% del cuidado de la diabetes es auto-cuidado.
 ¿Tiene el conocimiento para tomar decisiones informadas?

Tome las riendas del cuidado de su diabetes

Acceda a educación gratuita sobre diabetes:
worlddiabetesday.org/understandingdiabetes

#DíaMundialDeLaDiabetes #EducarParaProteger



Una mirada sobre el peso que le pesa a las personas que lo tienen

➤ **EL ESTIGMA, LOS PREJUICIOS E INCLUSO MITOS INFUNDADOS, AFECTAN SERIAMENTE A QUIENES PADECEN SOBREPESO U OBESIDAD. LA PROF. JUDIT LAUFER REFLEXIONA SOBRE EL TEMA Y PROPONE UNA ESTRATEGIA MUY CLARA PARA QUE LA SOCIEDAD COMIENCE A SUPERAR ESTAS SITUACIONES.**

Comparto con Uds. algunos dichos: “Si realmente María quisiera, bajaría de peso”, o “Seguro no se cuida, por eso Juan está así”, también puede ser “Che Gordo, comé menos y movete más”, “¡dale!” Y el infaltable, “Carlitos, vos andá al arco”. Éstas y otras tantas frases que podemos escuchar en la escuela, en el trabajo, en la consulta con el médico, en el contexto familiar, en el club.

¿Han vivido alguna situación como éstas o alguna otra que los hiciera sentir mal? Frente a este actuar y sentir de muchos hacia algunos, debemos enfocarnos en lo siguiente: la Organización Mundial de la Salud refiere a la obesidad como enfermedad, la cual no se trata simplemente de una cuestión de peso. Se enfatiza que la obesidad es un problema multifacético que abarca aspectos psicos, emocionales, sociales y económicos.

Pensemos juntos, si la obesidad es una enfermedad más compleja que lo que se dice o se piensa por ahí, ¿cómo pueden existir situaciones estigmatizantes como las mencionadas más arriba?

Quizás, Uds también, han tenido la oportunidad de escuchar testimonios de personas que compartieron sus experiencias sobre distintas situaciones de discriminación como ser:

- ✓ Personas con obesidad que informan ser objeto de estigma por parte de sus compañeros de trabajo.

- ✓ Niños con sobrepeso u obesidad, en edad escolar, informan ser destinatarios de mayor acoso que sus compañeros con peso normal.
- ✓ Relatos de adultos con obesidad que cuentan experiencias estigmatizantes por parte de profesionales de la salud y, en consecuencia, posible no regreso a la consulta médica y abandono de tratamiento.

Es así, entonces, que la discriminación, los prejuicios, la exclusión sobre las personas con obesidad tiende a empeorar los problemas que puedan surgir derivados de ella y a crear barreras que impiden llevar adelante los tratamientos adecuados y sobre todo, poder tratarla desde la prevención.

¿CÓMO DEJAR LOS PREJUICIOS Y FOCALIZARSE EN LA SALUD?

Aprendiendo más sobre el tema vamos a poder ampliar la mirada hacia personas con obesidad y sobrepeso y comprender por qué, a menudo, deben afrontar una doble lucha: el desafío desde lo físico hasta el peso emocional derivado del estigma social.



PROF. JUDIT LAUFER

Presidente FAD
Directora general del 37° Congreso Nacional para Personas con Diabetes, Familiares y Equipos Interdisciplinarios.

¿Qué hago con tantas etiquetas negras en la heladera?!

➤ LEY DE ETIQUETADO FRONTAL Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE.

Si bien ya llevan un tiempo en las góndolas, los alimentos con el octógono negro siguen generando confusión. Vayamos al nudo de la cuestión: los sellos buscan señalar de forma simple cuándo un producto alimenticio o bebida no alcohólica presenta cantidades excesivas de azúcares, grasas totales, grasas saturadas, sodio y/o calorías. Además, se informa a los consumidores cuando los productos tienen edulcorantes y/o cafeína, con el fin de que se evite su consumo, especialmente en las infancias (estas etiquetas se denominan “leyendas precautorias”).

Cada rótulo muestra el exceso de un nutriente crítico para la salud. Los nutrientes críticos son aquellos que su consumo en exceso puede ser un factor de riesgo para las enfermedades no transmisibles, como por ejemplo la diabetes, la hipertensión o la obesidad.

El etiquetado permite distinguir los productos sin sellos y, de esta manera, priorizar la elección de las opciones más saludables, siempre comparando entre el mismo tipo de producto. Es decir, yogurt con yogurt, por ejemplo

¿CÓMO SE DETERMINA QUE UN PRODUCTO TENGA SELLO?

Según el “Manual para la aplicación del rotulado nutricional frontal”, un producto lleva el sello de, por ejemplo, “exceso en azúcares”, cuando el aporte de calorías provenientes de este nutriente crítico es mayor al 20%.

Por ejemplo:

Un hombre adulto no debe excederse en la ingesta diaria de unas 150 calorías provenientes de azúcar (siempre que

CONTIENE EDULCORANTES,
NO RECOMENDABLE EN NIÑOS/AS.
Ministerio de Salud

CONTIENE CAFEÍNA.
EVITAR EN NIÑOS/AS.
Ministerio de Salud



se menciona el azúcar como nutriente crítico, se refiere a la añadida al producto en cuestión, no a los azúcares naturales presentes en el alimento fresco como la leche o las frutas). Una cajita de 200 ml de jugo contiene 11 gr de azúcar, que es algo más del 20% de esas 150 calorías. Por lo que, si no quiere consumir más azúcar de la que es saludable para él, no debería tomar 500 ml de este jugo, porque estaría bebiendo las calorías recomendadas por azúcar de todo un día.

Otro ejemplo:

Los quesos “crema”, esos que son para untar, contienen altas cantidades de sodio (componente de la sal de mesa) en exceso. Tienen su octógono para sodio. Esto significa que, de los 5 gramos de sal recomendada por día (una cucharadita de té al ras) como máximo, hay que tener en cuenta que buena cantidad la vamos a estar consumiendo desde este producto.

Es decir que los octógonos me están avisando que esos productos me van a aportar más cantidad de ciertos nutrientes críticos como azúcares o sodio.

Así, cada sello tiene una indicación en función de la cantidad de nutriente crítico en relación al aporte energético del producto. Es una cuentita un poco compleja.

Además, las leyendas precautorias son para marcar que no se promueve el consumo de edulcorantes y de cafeína en niños, y lo cierto es que tampoco en adultos. Sólo la cantidad necesaria. ¿Por qué pasa esto? Porque se nos va la mano y tomamos jugos y gaseosas con edulcorantes como si fueran agua y los edulcorantes tienen una **dosis máxima admitida por kilo de peso**. Hay un límite.

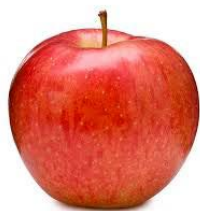
HELP ME ... ¿Y QUÉ HAGO SI TODO TIENE SELLO?, ¿CÓMO ELIJO UN PRODUCTO?

Para elegir los productos, es conveniente acostumbrarse a leer las advertencias y, luego, comparar entre alimentos del mismo grupo (como yogur con yogur). Por ejemplo, existe una marca de queso crema para untar que contiene 87mg de sodio cada 3 cucharadas de producto, mientras otra tiene 72mg en la misma cantidad.

Algunos alimentos, aun cuando tengan sellos, podrían seguir siendo una buena opción para elegir, sobre todo si

aportan nutrientes esenciales. Este es el caso de yogures, verduras, legumbres o pescados envasados, entre otros. Por ejemplo: Yogur, elegir los que tienen menos azúcar agregada. Conservas de legumbres en lata o cartón (arvejas, lentejas, garbanzos), aunque siempre sea mejor comerlos frescos, la conserva es un modo práctico de sumarlos. Los productos muy procesados, utilizarlos solo en ocasiones.

Casi todos los alimentos que consumimos en la actualidad se procesan de alguna manera, para poder ser utilizados posteriormente o para que sean aceptados. Muchos procesamientos son necesarios y no implican deterioro de la salud.



Fresco

Los alimentos naturales o frescos son los obtenidos de plantas o de animales. Como las frutas, verduras, carnes y huevos. **Recomendación: consumir diariamente este grupo.**



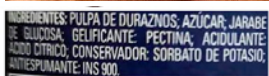
Mínimamente procesado

Los alimentos mínimamente procesados son aquellos naturales que se someten a un procesamiento sin la adición de sodio/sal, azúcares, aceites, grasas ni otras sustancias. Como frutas y verduras congeladas, o envasadas al vacío, cereales como avena arrollada, trigo, salvado y arroz, legumbres secas, leche líquida o en polvo. **Recomendación: consumir diariamente este grupo.**



Procesado solo con azúcar

Los alimentos procesados son aquellos que pasan por diversos procedimientos con el fin de aumentar su vida útil o para mejorar su sabor, su aspecto. La mayoría tienen de uno a tres ingredientes en su composición. Como los enlatados de frutas y vegetales, quesos, fideos, yogures en general, aceites vegetales y azúcar. **Se recomienda un consumo diario de alguno de ellos, pero en cantidad moderada.**



Ultraprocesado. No queda nada de manzana en el producto, con muchos ingredientes. Puede tener aditivos.

Los alimentos ultraprocesados son productos con cantidades pequeñas de alimentos sin procesar o mínimamente procesados. Agregan aditivos, conservantes, suelen tener nutrientes críticos en exceso como grasas, azúcares y/o sodio/sal, como las bebidas azucaradas y o con edulcorante, golosinas, snacks, carnes procesadas, galletitas dulces y saladas, helados, aderezos. **Recomendación: evitar o minimizar el consumo.**



Estos productos suelen tener sabor intenso dulce o salado, y en general están listos para el consumo. Los productos ultraprocesados deterioran la calidad de la alimentación porque son bajos en nutrientes esenciales como vitaminas, minerales y fibra, y son ricos en grasas, azúcares y/o sal. Numerosos estudios muestran que el consumo de productos ultraprocesados se asocia a la pandemia de obesidad y de enfermedades crónicas no transmisibles.

¿POR QUÉ FUE NECESARIA LA CREACIÓN DE UNA LEY DE PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE?

En Argentina, 9 de cada 10 productos publicitados durante la emisión de programas infantiles tiene bajo valor nutritivo, y predomina la publicidad de bebidas azucaradas.

Los cambios en las elecciones alimentarias de la población, sucedidos en las últimas décadas, mostraron que los productos comestibles ricos en azúcares añadidos ganaron lugar y, lamentablemente, desplazaron a los alimentos frescos y los mínimamente procesados.

Las últimas encuestas nacionales muestran cifras alarmantes de consumo de bebidas azucaradas, productos de confitura y golosinas, ocupando nuestro país uno de los primeros lugares en este tipo de consumo en la región.

Las bebidas azucaradas entre las que se encuentran gaseosas, jugos y aguas saborizadas, son productos ultraprocesados con una alta cantidad de calorías y aditivos artificiales, y **escaso o nulo valor nutricional**. Constituyen, además, la fuente más importante de azúcar agregada a la dieta. Su consumo produce un incremento del riesgo de obesidad, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, cáncer y caries dental.

Es responsabilidad de los gobiernos proteger a niños, niñas, adolescentes, adultos, garantizando su derecho a la salud y a la alimentación adecuada.

ESTOS SON ALIMENTOS SALUDABLES A ELEGIR DIARIAMENTE

La alimentación saludable es la que incluye principalmente comida fresca:

- ✓ Verduras y hortalizas
- ✓ Frutas
- ✓ Legumbres, Pastas y panificados de harinas integrales y multicereales (centeno, garbanzos, lentejas...), evitando los de harinas blancas refinadas.
- ✓ Leche, yogurt (sin azúcar agregada)
- ✓ Carnes, pescados, pollo, huevos
- ✓ Frutas secas y semillas (sin sal agregada)
- ✓ Aceites
- ✓ Agua

La alimentación sana se completa cocinando con métodos saludables, educando al paladar al sabor salado y dulce suaves, utilizando el edulcorante en escasa cantidad. Hay personas que, por distintos motivos, es posible que no puedan consumir algún alimento o grupo de alimentos. Las indicaciones brindadas en esta nota son generales, asiste a un nutricionista si debes eliminar algunos de estos grupos de alimentos.

Para la mayoría de las personas, todo en la porción adecuada, es posible de disfrutar sin enfermar.



LIC. EVANGELINA SOSA

Nutricionista
Mat. Prof. 252



Diabetes: educar para proteger el futuro

¿Cuándo fue la última vez que aprendió más sobre la diabetes?

Acceda a educación gratuita sobre la diabetes:
worlddiabetesday.org/understandingdiabetes





**International
Diabetes
Federation**

South & Central America

Task Force
Diabetes & Disasters

CONSEJOS PARA PERSONAS CON DIABETES EN SITUACIONES DE DESASTRE

Mochila siempre lista y a mano

Con todo lo que necesita para afrontar de la mejor manera su estado de salud hasta recibir ayuda

● Información médica

La lista de medicamentos utilizados.

Cuaderno para anotar los resultados de las pruebas de azúcar en sangre, las insulina(s) y las píldoras antidiabéticas orales, antihipertensivas, aspirina profiláctica, agentes para el control del colesterol y otros medicamentos que se consuman en forma regular para al menos 2 semanas.

Jeringas con sus agujas.

Agujas para los dispositivos, en caso de usar lapiceras prellenadas de insulina para al menos 2 semanas.

Suministros para infusor de insulina (reservas de la insulina recetada para la bomba o cartuchos con insulina, equipo para la infusión, dispositivos para la inserción, pilas para la bomba de infusión y para el remoto, limpiador antiséptico, pegamento).

Gasas de algodón con alcohol.

Un medidor de azúcar en la sangre.(Glucómetro)

Tiras para utilizar con el glucómetro. (entre 90 y 200 tiras para 10 – 20 días)

Lancetas y dispositivo para su uso.

Tiras para medir cuerpos cetónicos en la orina (entre 25 y 50 tiras para 10 – 20 días) según indicación médica.

Tabletas de glucosa o sobres de azúcar para niveles bajos de azúcar en la sangre. (hipoglucemia)

Latas de refresco azucarado o jugos, caramelos blandos, para hipoglucemias.

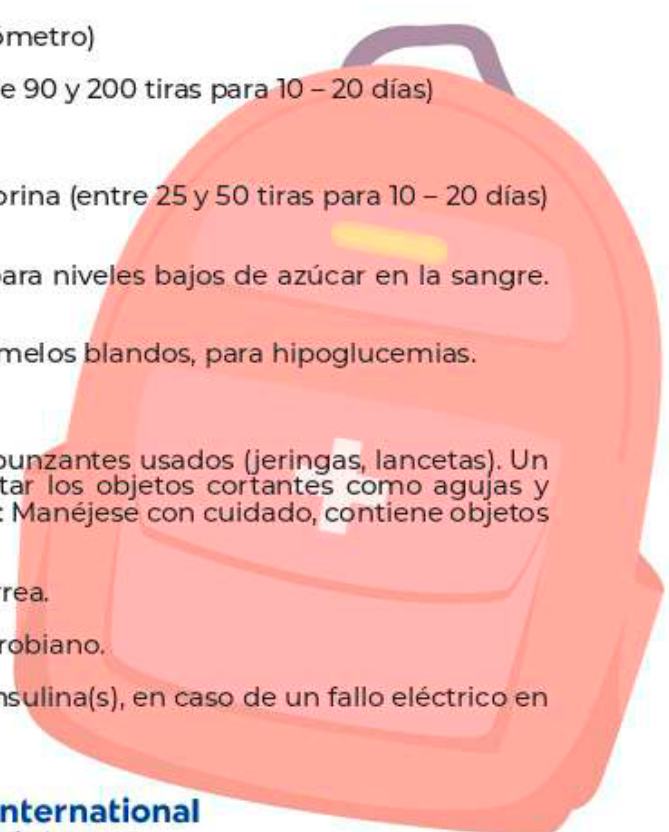
Un "kit" de glucagón.

Un recipiente en que desechar artículos punzantes usados (jeringas, lancetas). Un envase resistente con tapa para descartar los objetos cortantes como agujas y lancetas y colocar una etiqueta que diga: Manéjese con cuidado, contiene objetos punzantes contaminados/usados.

Medicamentos para náusea, vómito y diarrea.

Un tubo de ungüento antibiótico/antimicrobiano.

Bolso de aislamiento o hielera para la(s) insulina(s), en caso de un fallo eléctrico en tiempos de calor o en climas cálidos.



**International
Diabetes
Federation**

SACA

South & Central America

Apoyo farmacológico en obesidad y diabetes

➤ NUEVOS MEDICAMENTOS COMO ESTRATEGIA DE ABORDAJE DE LA OBESIDAD. LO QUE TENEMOS Y LO QUE VENDRÁ.

A la palabra “epidemia” se la suele asociar con problemas de salud vinculados a enfermedades infecciosas. Pero ese término, la medicina lo usa para todo mal o daño de la salud que se expande de forma intensa o indiscriminada. Tal es el caso de la diabetes y la obesidad.

La encuesta nacional de factores de riesgo del Ministerio de Salud de Argentina reportó un crecimiento de la diabetes del 8,4% en el año 2005 a 12,7% en el 2018 en población mayor de 18 años; mientras que, en ese período, el sobrepeso y la obesidad treparon de 49% al 61,6 %. No nos asombra que en ese mismo período se observó simultáneamente disminución de la actividad física. Números similares vemos a nivel internacional.

El desafío -que para la salud pública en el siglo XX y previos era la desnutrición- en este siglo XXI lo constituye el aumento excesivo de peso. Hay más gente con sobrepeso u obesa que desnutrida, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). En relación a este tema, habíamos comentado aspectos genéticos y culturales que tienen que ver con la obesidad en un artículo anterior que invito a releer: **HISTORIA Y SECRETOS DE NUESTRA OBESIDAD**, N° 75 de la revista Nuestra Voz, artículo al que se puede acceder a través del link: bit.ly/nuestravoz75

Agregaremos que los cambios vertiginosos de las poblaciones urbanas de estos últimos 100 años redujeron drásticamente nuestra necesidad de hacer actividad física. Ya no tenemos que perseguir y luego desplumar o despellejar para incorporar proteínas animales; ni caminar varios kilómetros para sembrar y

cosechar; ni triturar el grano para luego buscar agua y cortar leña, para recién hacer el esfuerzo diario y laborioso de amasar; ni acarrear la ropa sucia de la familia hasta una fuente de agua, fregar cada prenda una por una a mano sobre una tabla con pliegues, volver con su peso húmedo y colgarla y luego colocar un trozo de brasa encendida en el recipiente de una plancha de hierro pesada como una mancuerna.

Como en la redacción escolar clásica, la vaca no nos da la leche, hay que ordeñarla, o a lo sumo ir a buscarla al tambo en un recipiente que hoy con suerte se consigue en la casa de antigüedades llamado “lechera” que permitía acarrear unos 5 litros. Ni tampoco nos daba manteca, así como así, había que batir y batir. En la misma línea de pensamiento, tampoco nos da cuero, por su propia voluntad y sin esfuerzo. Dejar ir nuestros desechos no era cosa de apretar un botón. Las redes cloacales, recién se insinuaban en las grandes urbes.

Las clases más ociosas tenían reservados los deportes para administrar su tiempo libre, mientras alguien se encargaba de lo demás. Todo, desde siempre y hasta entonces, implicaba actividad física intensa y repetitiva. Como desde los albores de la humanidad...Muy pocos con sobrepeso y obesidad. Mucho que hacer y poco que comer. En ese contexto, y ante tantos esfuerzos físicos, lo que hoy hacemos, como salir a caminar o correr sin un destino distinto que el mismo punto de partida, usar una bicicleta fija que no nos lleva a ningún lado, levantar pesos hasta el agotamiento gastando valiosa energía durante una hora, se vería como un sinsentido, un acto de extravagantes o lunáticos.



Hasta hace un siglo, muy poca gente tenía obesidad o sobrepeso. La población urbana actual perdió la necesidad de actividad física para su subsistencia y quehaceres cotidianos. Vencer el sedentarismo pasó a ser un acto consciente y programado si se quiere sostener un peso saludable.

Imagen Preker, via PikiWiki del proyecto de colección de imágenes gratuitas - Israel.

Pero en nuestras comodidades modernas, lo que antes era inadvertido y cotidiano debe pasar a ser un acto consciente y programado si pretendemos mantenernos saludables.

Tenemos, por otro lado, tanta oferta de comida, como tiempo de sedentarismo laboral para poder adquirirla. Debemos luchar contra esa carga genética y cultural que a nuestros ancestros les salvó la vida y ahora, si no la sabemos administrar, nos juega en contra. De eso hablamos.

EL AUXILIO DE LA CIENCIA

Hace algo más de dos décadas, una serie de sencillas experiencias fueron el punto de partida de lo que hoy constituye uno de los grandes pilares de lo que es el tratamiento de la diabetes tipo 2 asociada a la obesidad: conociendo en personas sin diabetes cuánto se incorpora de glucosa con la ingesta y cuánta insulina libera el páncreas para normalizar los niveles en sangre-es infinitamente más complejo, pero no quiero complicarlos con más detalles-, a un grupo de voluntarios se le dio para ingerir 50 gramos de glucosa y a otros, la misma cantidad, pero inyectada por vía endovenosa.

Para sorpresa, hallaron que aquellos que la ingerían, producían un 60% más de insulina que el otro grupo. Existía entonces “algo”, que hacía que a igual cantidad de glucosa ingerida en el intestino incrementaba la producción de insulina en las células del páncreas y esto sería de provecho para las personas con diabetes tipo 2. Sin piruetas semánticas, se las denominó **Incretinas intestinales**.

Nacía entonces una línea de investigación para que estos sitios del intestino (llamados receptores), en los que la glucosa actúa para estimular al páncreas a producir más insulina, pudieran ser aprovechados. Se identificaron dos receptores, uno de acción más potente llamado por sus siglas en inglés “GLP1” y otro de acción menos intensa, conocida por sus siglas “GIP”.

El punto es que, en su estado natural, la duración del efecto de estos sitios o receptores es de apenas 2 a 5 minutos, pues son rápidamente degradadas por sustancias del organismo llamadas “enzimas”. De tal modo, que para que fuera este hallazgo útil para personas con diabetes, habría que diseñar una forma para que no se degradaran tan pronto y continuaran su acción.

LAGARTO AL RESCATE

La respuesta la hallaron en la saliva de un lagarto llamado por los lugareños “Monstruo de Gila”, que habita en las regiones áridas del norte de México y el sur de EE UU. En ella, se halló una sustancia muy parecida a nuestros receptores intestinales (GLP1 y GIP), pero resistentes a su degradación y, por tanto, de acción mucho más prolongada.

A partir de ella, se pudo sintetizar el primer análogo (es decir de acción similar) del GLP1. El primero tuvo la denominación de Exenatide, de administración por vía subcutánea y con una duración de 12 horas. Con el tiempo llegaron otras como el liraglutide, de 24 hs. de duración.

A la mejoría del control de la glucemia, se sumó una normalización de los reflejos de saciedad (percepción de satisfacción o plenitud luego de comer), el enlentecimiento del vaciado del contenido del estómago tras la ingesta de alimentos, con el consecuente descenso de peso, junto a otros beneficios, como mejoría de niveles de grasas en la sangre e hipertensión, por solo nombrar algunas acciones.

Más tarde aparecieron otras moléculas de aplicación semanal como Semaglutide, Dulaglutide y Lixisenatide con similares beneficios. Por lo pronto, en nuestro país, a tiempos del presente escrito, están disponibles para inyectarse en aplicación subcutánea. En dosis más elevadas, se las ha autorizado para el tratamiento de la obesidad, aunque no haya diabetes, que por regulaciones en EE UU llevan otro nombre comercial.



Monstruo de gila. Imagen de jessiegir413 en Pixabay

EL FUTURO

Ya se disponen, en otros países, formulaciones que pueden incorporarse como comprimidos, otras que combinan “análogos de GLP1” y análogos de GIP, llamados de acción dual, como el Tirzepatide. Y en fase de avanzada investigación, el llamado Retatrutide, que además actúa sobre el glucagón (hormona que en el organismo regula junto a la insulina el control de la glucosa en sangre), logrando un promedio del 24% de pérdida de peso en los estudios y que se llaman de acción triple o “triple G”.

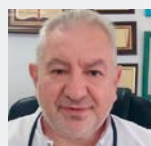
ANTE LA DUDA...

Estos medicamentos los prescribe un profesional médico que debe evaluar la conveniencia, oportunidad y dosis de uso. No son de venta libre. No están indicados en diabetes tipo 1 (antes llamada diabetes insulino dependiente), pues en estos casos casi no existen las células productoras de insulina en el páncreas donde actuar y ausencia -a la fecha- de estudios que respalden su uso en este caso. Sí, pueden combinarse con insulina en pacientes con diabetes insulino-requirientes (pacientes con diabetes tipo 2 que usan insulina) y, de hecho, hay formulaciones que las combinan en el mismo aplicador.

LAS COSAS POR SU NOMBRE

Hasta no hace mucho tiempo, la obesidad era considerada un “factor de riesgo”, es decir, una condición de salud que, sumada a otras, podía dar más chances de tener enfermedades como la diabetes, hipertensión, problemas coronarios, accidentes cerebro-vasculares, cáncer, trastornos respiratorios, de sueño, psicológicos, entre otros.

Hoy, la obesidad es considerada un problema de salud en sí mismo, y comprender su naturaleza compleja nos invita a no estigmatizar, a acompañar en forma proactiva a quien debe luchar contra ella. En ese camino, los fármacos, son apenas una herramienta en el tratamiento integral.



DR. GABRIEL LIJTEROFF

Especialista en medicina interna. Magíster en diabetología.

Jefe de diabetología del Hospital Santamarina, Monte Grande.

Director del comité científico de la FAD.

Miembro de la COPAD (Comisión permanente Asesora en diabetes Ministerio de Salud de Argentina).

Integrante del comité ejecutivo de IDF SACA(2017 2019 / 2022-2024) y actual director de Task force desastres de IDF SACA



SERVICIO DE EDUCACIÓN GRATUITO

Para nuevos usuarios del sistema FreeStyle Libre

¿Sos nuevo usuario del sistema? Escaneá el código QR y contactanos para recibir una sesión educativa gratuita con una de nuestras especialistas y aprovechar al máximo sus funcionalidades.

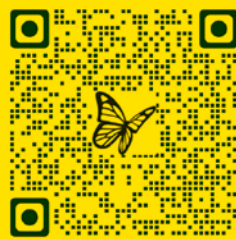
Servicio de educación:



+54 9115705 3172



educacionfreestylelibre@iqvia.com



Estamos para ayudarte. Si tenés reclamos o dudas técnicas sobre tus productos contactate con nuestro "Centro de Soporte al Usuario FreeStyle Libre" llamando al **0800 800 6334** de lunes a viernes de 8 a 18hs. o fines de semana de 10 a 15hs.


FreeStyle
Libre

 **Abbott**
life. to the fullest.®

Imágenes con fines ilustrativos, no pertenecen a pacientes reales. Lea atentamente las instrucciones de uso. Ante la menor duda consulte a su médico/a. Ensayo orientativo para la autodetección de glucosa en líquido intersticial o de glucosa y cetonas en sangre, sin valor diagnóstico. La cubierta del sensor, FreeStyle, Libre y las marcas relacionadas son marcas de Abbott © 2023 Abbott. ADC-81767 v1.0

Los análogos GLP1, alcances del PMO

➤ CHRISTIAN GALI, ABOGADO DE FAD, EXPLICA CÓMO ACCEDER A LA COBERTURA DEL 100% DE ESTA MEDICACIÓN.

Con la última actualización del PMO y mediante la Resol 2820/2022, se agregaron más medicamentos vía oral: los IDDL-4 y los iSGLT2, más conocidos como la Vildagliptina, Pioglitazona, Empagliflozina, Canagliflozina, Dapagliflozina y Glipizida, la Metformina y la Glimepirida. Además, las cantidades de estas serán conforme a la prescripción médica, y no depende de la auditoría de la obra social o prepaga, sino que es el médico quien deberá hacer el informe correspondiente donde indique que el paciente reúne las condiciones necesarias para ese tratamiento.

Sin embargo, pese a que la Comisión Asesora Permanente en Diabetes*, y de la cual nuestra Federación es integrante, había propuesto incluir los análogos GLP1 dentro de la última Resolución ministerial, estos no fueron incluidos dentro del PMO. Entre los más conocidos están: la Dulaglutida (Trulicity), Exenatida, Semaglutida y Liraglutida, entre otros.

Ahora bien, que no estén incluidos dentro del PMO, ¿significa que no los va a cubrir la cobertura médica? o mejor dicho ¿nos van a decir que no están obligados a cubrirlos o que solo se cubre en 40% o el 70 %?

Desde el área legal damos la tranquilidad de que estas preguntas que nos hacemos no son 100% ciertas. Porque si bien es verdad que no están dentro del PMO, lo único que esto limita es que, si hacemos un reclamo a la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), ésta no pueda intervenir y obligar a la cobertura médica a cubrir la medicación. Aclarado lo de la SSS, nos metemos en lo que nos interesa aclarar, y es que nosotros tenemos una **Ley**, única en Latinoamérica, la cual nos garantiza la cobertura en **medicación al 100%** esté o no en el PMO.

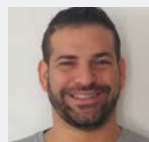
Pero desde luego la confusión es que nos dicen que por no estar en PMO no corresponde su cobertura al 100%, lo que es falso. Reiteramos que, más allá del PMO, está la Ley de Diabetes, la gran defensora de nuestros derechos como pacientes, y existen los medios administrativos y/o judiciales para hacerla cumplir.

Estos medios administrativos, muchas veces pueden ser los defensores oficiales, tanto de un municipio, como a nivel provincial e incluso a nivel nacional (la SSS), cuyos trámites son gratuitos. Pero, en caso de poder solucionarse este trámite, se debe avanzar más allá de lo administrativo, y es por medio de las medidas judiciales, como los Amparos de Salud, que siempre que se presentan, estos salen a favor de la medicación GLP1 al 100%, porque es nuestra Ley la que nos protege.

A modo de finalizar, lo importante es que, si nos niegan cobertura, luchemos por cumplir con la Ley, como debe hacerse. Porque no debemos privarnos de un tratamiento porque una cobertura se encapriche en no hacer entrega de la medicación que corresponde por la indicación del médico y porque, además, el paciente tiene derecho a una salud digna.

Desde luego el Comité de Asuntos Legales (CAL), siempre está disponible para mayor información.

*Del programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles del Ministerio de Salud de la Nación



DR. CHRISTIAN HERNÁN GALI

Director C.A.L. – F.A.D.
T°100 F°973 C.P.A.C.F.
legales@fad.org.ar



El azúcar es cosa del pasado

EN DIABETES
AHORA
SE PUEDE SER
PRECISO

LÚNICA
EN EL MERCADO

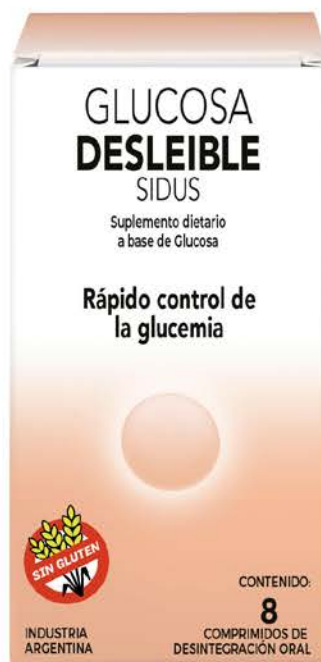
GLUCOSA DESLEIBLE RÁPIDO CONTROL DE LA GLUCEMIA

PRECISIÓN = DOSIS JUSTA



3,8 g DE GLUCOSA

- ▶ Comprimidos de muy rápida disolución con un agradable sabor a naranja.



**Tenelo siempre
a mano...**



Línea Diabetes Sidus



Hábitos, diabetes, sobrepeso y embarazo

➤ **BRENDA RELATA CON ABSOLUTA FRANQUEZA Y LUCIDEZ CÓMO FUE SU CAMINO PARA QUE LE RESULTARA NATURAL LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE, CONTROL DE SU DIABETES Y CUIDADO DE SU PESO PARA CUANDO LLEGARA EL EMBARAZO.**

Hola, mi nombre es Brenda, tengo 27 años y a los 15 tuve mi debut diabético. Y así es que llevo 12 años conviviendo con mi diabetes tipo 1.

Cuando me diagnosticaron, lo cierto es que se me había venido el mundo abajo, en ese momento ¡no sabía que había gente que debía inyectarse todos los días, incluso varias veces al día! Así que fue todo un aprendizaje nuevo, aprender a comer saludable, aprender a controlar las glucemias, hacerme las correcciones y... a aceptar que ahora tenía una enfermedad y que no debía avergonzarme de tenerla.

La parte que más me había costado fue la de tener que dar explicaciones al resto de por qué me pinchaba el dedo, si podía comer esto o no, si me dolía inyectarme tantas veces al día, etc... Y sentir que quizá me tenían lástima. Pero lo que me ayudó un montón fue el apoyo de mi diabetóloga (Rosario Puente Olivera), que me acompaña desde el principio de mi enfermedad... Me enseñó varias herramientas para no sentirme mal ni diferente al resto, me hizo ver que podía llevar una vida totalmente normal con algunos cuidados y, por supuesto, el apoyo de mi familia fue fundamental.

PROYECTO DE VIDA: TENER UN HIJO

Todo venía bastante llevadero hasta que después de algunos años de casada, sentimos la necesidad de ser padres, y ahí se vino el desafío más grande para mí. ¿Podré ser madre? ¿Puedo tener un bebé saludable?

Lo cierto es que había hablado con algunas personas que, con el afán de que me cuidara un poco más, ¡primero me habían contado todos los contras de llevar un



Brenda y su familia

embarazo con diabetes!, desde los riesgos para el bebé, hasta el riesgo que corría mi salud. Parecía imposible, pero... ahí nuevamente apareció Rosario, mi diabetóloga, que me dijo que sí era un embarazo diferente, pero que con todos los cuidados necesarios podía tener un bebé sano.

Tardé **3 años** en poder generar los **hábitos saludables** que me llevaron a tener los niveles adecuados en la diabetes para poder quedar embarazada y para no aumentar de peso por fuera de lo normal. En un momento creí que iba a ser imposible, pero **el día llegó** y podía comenzar un embarazo saludable.

HACER COTIDIANOS LOS HÁBITOS SALUDABLES EN EL EMBARAZO

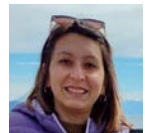
Algo esencial en un embarazo como mamá diabética es cuidar mucho de las comidas para no caer en el sobrepeso, ya que podía tener un bebé muy grande, el cual no iba a poder desarrollar bien sus órganos vitales, entre otros posibles problemas... y ni hablar a la hora del parto.

Así que fueron consultas con Rosario cada dos semanas durante todo el embarazo para reforzar los hábitos de las comidas, ejercicios y que el bebé estuviera bien... Hubieron días en que volvía llorando a mí casa, porque no había logrado los objetivos en el peso que debía tener, esos días siguientes me ponía súper estricta con todo. Y después había días en los que volvía súper contenta porque lo había hecho todo bastante bien y no aumentaba de peso por demás.

Hasta que el momento llegó. Todos mis esfuerzos, los de mi esposo Lucas y los de Rosario, que me acompañaron cada día, valieron la pena y el 21 de septiembre de 2023 nació un bebé súper saludable con todas las ganas de vivir. ¡fue mi victoria más grande!

Tener buenos hábitos en cuanto a la comida, el ejercicio y los cuidados de la diabetes no solo es bueno para llevar un embarazo, a todos nos mejora la calidad de vida en todo sentido y uno siente que **la diabetes no nos hace anormales, no nos frena en nada.**

Brenda Basabez



Diabetes: educar para proteger el futuro

Más del 90% del cuidado de la diabetes es auto-cuidado.

¿Tiene el conocimiento para tomar decisiones informadas?

Tome las riendas del cuidado de su diabetes

Acceda a educación gratuita sobre diabetes:

worlddiabetesday.org/understandingdiabetes

#DíaMundialDeLaDiabetes #EducarParaProteger



En Rafaela, hay una entidad que está presente



➤ HOY SE PRESENTA LA ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DEL DEPARTAMENTO DE CASTELLANOS.

La Asociación de Diabéticos del Departamento de Castellanos (A.D.D.C) se encuentra en Rafaela, Santa Fe. Su presidenta, Patricia Ropolo, cuenta a Nuestra Voz que la asociación, sin fines de lucro, existe “por y para las personas con diabetes mellitus, brindamos ayuda a todos sin importar si tienen o no mutual u obra social, se les brinda una ayuda con insumos, como insulinas, tiras y medicamentos relacionados”.

Respecto del funcionamiento de la asociación, Ropolo señala que atienden 3 veces por semana, y que los horarios se pueden obtener en sus redes y grupos (ver más abajo). Respecto de las actividades que organizan, la presidenta comenta que cuentan con “charlas presenciales en la sede, las cuales se empezaran a difundir por nuestras redes sociales, todas para el público en general. Las mismas se dan por profesionales que están dispuestos a colaborar con nuestra causa de forma gratuita, en la mayoría de los casos. Contamos con el aval de profesionales: Dra. Lorena Lequi y la enfermera Neli Illanes, así como también información actualizada en los medios online”.

En particular, proyectan para el mes de noviembre una feria frente a la sede por el mes de la diabetes, además de algunas charlas. Por otro lado, la presidenta explica que cuentan con una cuota societaria y que los socios participan automáticamente de un sorteo mensual. Y finaliza señalando que “nuestro objetivo principal es darnos a conocer a toda la ciudad de Rafaela, y hacer ver a la comunidad que hay una entidad que está presente para todos aquellos que lo necesiten”.



La comisión actual inició el mes de marzo del 2024, con el siguiente equipo:

PRESIDENTE:
Patricia Ropolo

TESORERA:
Claudia Márquez

SECRETARIO:
Rocío Sanmartino

VOCALES:
Nélida Illanes, Bertolaccini
Jenny, Benitez Marisa

VOCALES SUPLENTE:
Barreiro A. Hipólito, Foglia Ariel

SINDICO:
Godoy Horacio

ASESORA:
Pamela A. Dip



Patricia Ropolo, presidenta de A.D.D.C



🏠 Paraná 455, Rafaela, Santa Fe
☎ 3492690042
✉ ADDCRafaela@hotmail.com
📷 @ADDC_RAFAELA
🎵 addc.rafaels



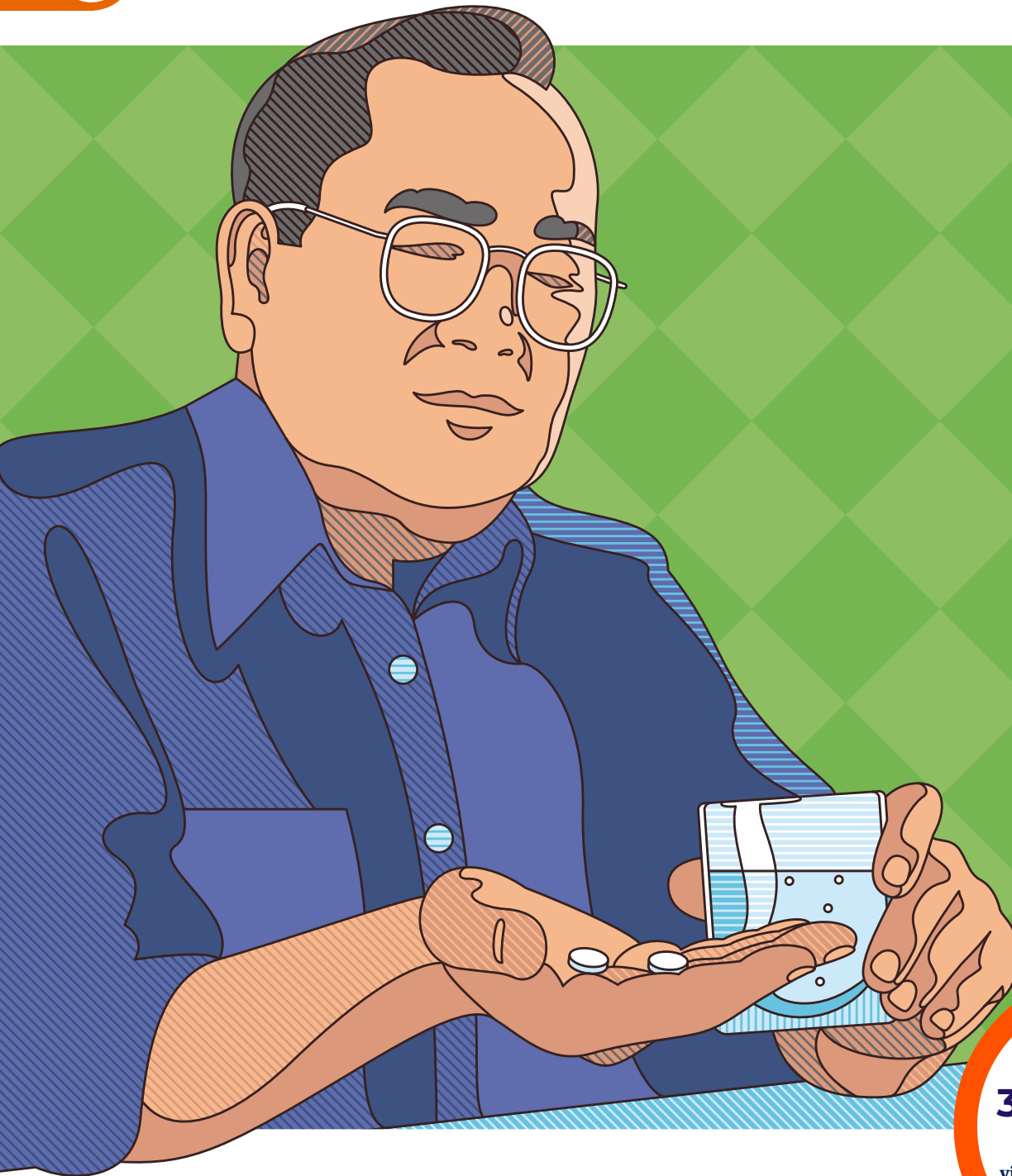
ACCESO A LA
MEDICACIÓN ORAL



International
Diabetes
Federation



día mundial de la diabetes
14 noviembre



3 de cada 4

personas con diabetes
viven en países de ingresos
bajos o medios

Muchas personas con diabetes necesitan medicamentos orales para controlar su condición. En muchos países de ingresos bajos o medios, estos medicamentos no están disponibles o no son asequibles.

SI NO AHORA, ¿CUÁNDO?

Únase a nuestra campaña en:

www.worlddiabetesday.org

#SiNoAhoraCuando

Contactos



FEDERACIÓN ARGENTINA DE DIABETES

➤ SITIO WEB:
www.fad.org.ar

➤ TELÉFONO:
+54 9 11 4186-9994
Horario de atención: de 10 a 16 hs.

➤ CORREOS ELECTRÓNICOS:

Secretaría y Comunicación:

presidencia@fad.org.ar

Asesoramiento Legal:

legales@fad.org.ar

Red Solidaria:

red@fad.org.ar

Tesorería:

tesoreria@fad.org.ar

Educación:

educacion@fad.org.ar

Psicología:

psicologia@fad.org.ar

Nuevas Asociaciones:

nuevasasociaciones@fad.org.ar

Actividad Física:

actividadfisica@fad.org.ar

➤ REDES SOCIALES:

 [@fad.diabetes](https://www.facebook.com/fad.diabetes)

 [@fad.diabetes.oficial](https://www.instagram.com/fad.diabetes.oficial)

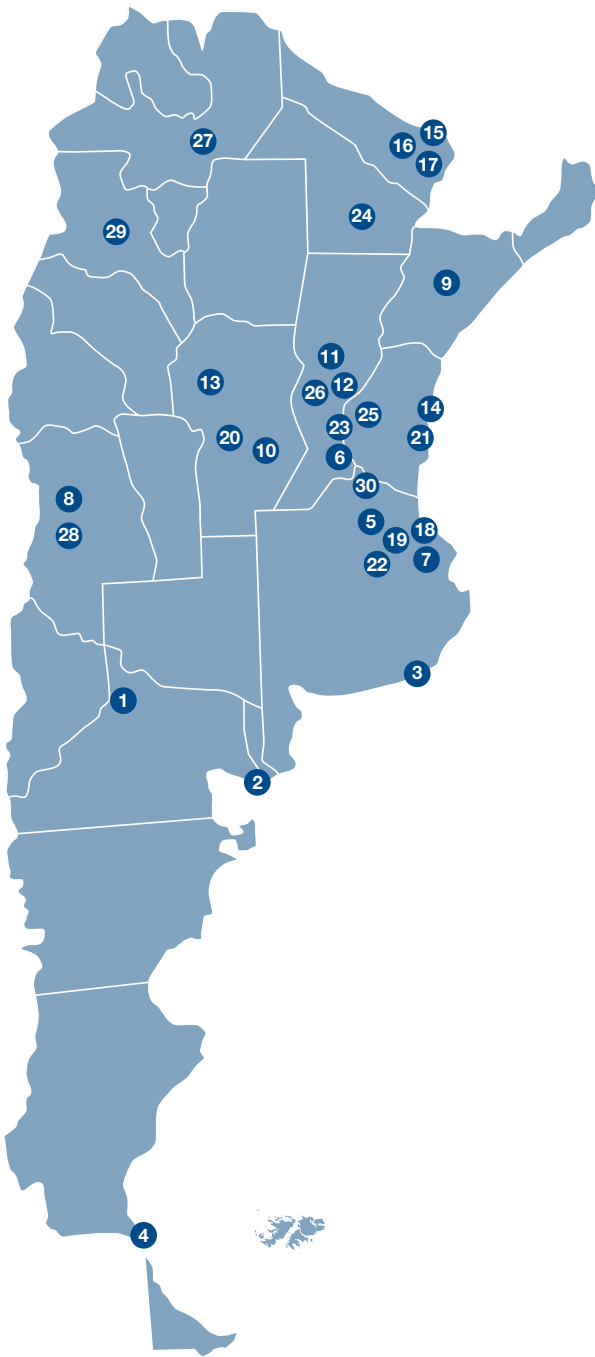


Red Juvenil

FEDERACIÓN ARGENTINA DE DIABETES

➤ CORREO ELECTRÓNICO:
presidencia@fad.org.ar

Asociaciones



1. ARODIA, General Roca (Río Negro)
2. AVIADI, Viedma (Río Negro)
3. DIABETES 1MDP, Mar del Plata (Buenos Aires)
4. ASPEDI, Río Gallegos (Santa Cruz)
5. ADILU, Luján (Buenos Aires)
6. FRADI, Rosario (Santa Fe)
7. DIEVI, CABA
8. AMADI, Mendoza
9. ADIV-CORR, Gobernador Virasoro (Corrientes)
10. ASADD, Villa María (Córdoba)
11. ADDC, Rafaela (Santa Fé)
12. ASDI, Santa Fé
13. FUNGAD, Villa Carlos Paz (Córdoba)
14. ACAD, Concordia (Entre Ríos)
15. ACAD, Clorinda (Formosa)
16. ADIFOR, Formosa
17. GADIF, Formosa
18. APOYAR, La Plata (Buenos Aires)
19. ADILHE, Las Heras (Buenos Aires)
20. ADU, San Francisco (Córdoba)
21. CADISS, San Salvador (Entre Ríos)
22. AMADU, Monte Grande (Buenos Aires)
23. ACARDI, Carcarañá (Santa Fé)
24. ACHASODIA, Chaco
25. LEADI, Paraná (Entre Ríos)
26. ADIC, Asociación de Diabéticos Casilda (Santa Fé)
27. PANDIS, Salta
28. ANADIM, Mendoza
29. ADA, Andalgalá (Catamarca)
30. ADISAN, San Nicolás (Buenos Aires)

Comisión Directiva FAD 2022-2024

PRESIDENTE

Laufer, Judit | ADILU - AVIADI

VICEPRESIDENTE

Arce, Nicolás | AVIADI

SECRETARIA

Romo, Andrea | ADILU

PRO SECRETARIA

Ichazo, Norma | ARODIA

TESORERO

Gali, Christian | DIEVI

PRO TESORERA

Rausch, Silvina | ADILU

VOCALES TITULARES

1° de la Plaza, Marcela | ADILU
2° Luna, Jorge | DIEVI
3° Fernández, Norma | ARODIA
4° Gamero, Marcela | ASADD
5° Ortega, Maritza | PANDIS

VOCALES SUPLENTE

1° Perazzo, Ana Carla | APOYAR
2° Montenegro, Ofelia | FUNGAD
3° Vismara, Silvina | LEADI

ÓRGANO DE FISCALIZACIÓN TITULAR

1° Devolder, Gustavo | AVIADI
2° Illanes, Nélica | ADDC
3° Merindol, María Rosa | ACARDI

ÓRGANO DE FISCALIZACIÓN SUPLENTE

1° Toller, Graciela | ASDI
2° Nuñez, Ángela | ADIC

COMITÉ DE ASUNTOS LEGALES

Director Abogado Christian Gali (DIEVI)

COMITÉ CIENTÍFICO

Director Dr. Gabriel Lijteroff (AMADU)

SUBCOMISIONES FAD:

ACTIVIDAD FÍSICA

Director Prof. Nicolás Arce (AVIADI)

APOYO A NUEVAS ASOCIACIONES

Directora Prof. Andrea Romo (ADILU)

ASUNTOS INTERNACIONALES

Director Dr. Gabriel Lijteroff (AMADU)

EDUCACIÓN

Directora Prof. Judit Laufer (ADILU - AVIADI)

FINANZAS

Directora Dra. Marcela de la Plaza (ADILU)

REVISTA NUESTRA VOZ

Prof. Judit Laufer
Periodista científica Jordana R. Dorfman

COLABORADORES:

RED JUVENIL
Jóvenes FAD

RED SOLIDARIA
Director Dr. Christian Gali (DIEVI)

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL
Téc. Mariela Bertini



Para recibir información de cómo ser Asociación o Grupo en Formación Miembro de FAD, enviar un e-mail a nuevasociaciones@fad.org.ar o bien a presidencia@fad.org.ar



NOSOTROS SOMOS TEAM NOVO NORDISK

team
novo
nordisk
PRO CYCLING

**La misión del Equipo es inspirar,
educar y empoderar a todas las
personas con diabetes.**