

Grupo de trabajo de educación terapéutica de la SED

Autores, miembros del Grupo de Educación Terapéutica de la SED

Isidoro Luis Dujovne Kohan
Javier Sanhonorato Vázquez

Colaboradores, miembros del Grupo de Educación Terapéutica de la SED

Sybille Kaiser Girardot
Eva Pacho Jiménez
Eva Sáez Torralba
Carmen Sánchez Villalba

Coordinadoras del Grupo de Educación Terapéutica de la SED

Susana Pica Montesinos
Carmen Yoldi Vergara

Componentes del Grupo de Trabajo de Educación Terapéutica

Ana Belén Aguirre Romero	Alfonso Javier Muñoz Menor
Concepción Bande Rodríguez	María Soledad Nevado Roldán
Marina Beléndez Vázquez	Eva Pacho Jiménez
Ana María Calvo Morado	María Pilar Peláez Alba
Isidoro Luis Dujovne Kohan	Gemma Peralta Pérez
M ^a Victoria Hierro Illanes	Susana Pica Montesinos
Francisco Javier Hurtado Núñez	M ^a Dolores Rodríguez Garrido
Margarida Jansà i Morató	Emilia Rosa Camacho
Sybille Kaiser Girardot	María Eva Sáez Torralba
Zoila Lifante Pedrola	M ^a Carmen Sánchez Villalba
María Luisa López Fernández	Javier Sanhonorato Vázquez
Iñaki Lorente Armendáriz	Maite Valverde Torreguitart
M ^a Teresa Marí Herrero	Mercè Vidal Flor
Paloma Menéndez Cuervo	Carmen Yoldi Vergara

Índice

Prólogo	5
1. Guía de aspectos legales. Autor: Javier Sanhonorato Vázquez	7
1.1. A modo de introducción.	8
1.2. Diabetes en la escuela	10
1.3. Permiso de conducción y diabetes	14
1.4. Diabetes en el trabajo.	19
1.5. Acceso al empleo público con diabetes.	24
1.6. Prestaciones sociales y sanitarias en diabetes	31
1.6.1. Cuidado de hijo con diabetes, con reducción de jornada laboral.	31
1.6.2. Discapacidad	35
1.6.3. Incapacidad laboral.	39
1.6.4. Prestaciones sanitarias	43
2. Guía para viajar con tranquilidad. Autor: Isidoro Luis Dujovne Kohan.	49
3. Guía para el mes de Ramadán. Autor: Isidoro Luis Dujovne Kohan	69

Prólogo

El papel de los profesionales sanitarios en la educación para la salud parte de un análisis de las necesidades que han de ser cubiertas con la definición de objetivos comunes que hagan posible la selección de las mejores estrategias; la identificación y comprensión de dichas necesidades en salud desde una perspectiva biopsicosocial –unida a un método de evaluación adecuado del proceso educativo– permitirá mejorar no sólo la salud sino también la calidad de vida de las personas con diabetes.

En el marco de la Educación Terapéutica en Diabetes se hace necesaria una visión holística de esa perspectiva biopsicosocial a fin de que la persona con diabetes entienda su enfermedad y las bases del tratamiento pudiéndolos integrar en su vida cotidiana.

Cuando hablamos de vida cotidiana, pensamos en las actividades normalizadas de nuestro día a día. Pero no podemos olvidar aquellas otras actividades que se dan fuera de la rutina diaria y que pueden implicar cierto desasosiego en la persona con diabetes a la hora de acoplar el tratamiento.

De unas y otras trata esta obra. Sabemos que la medida del tratamiento va bien desde el punto de vista “bio” por diversos indicadores clínicos (controles glucémicos, perfil lipídico, hemoglobina glucosilada, ausencia de complicaciones agudas y crónicas...), pero, ¿y desde los enfoques psicológico y social? La necesidad de tratar los aspectos psicológicos es asumida ya por todos los agentes implicados en el tratamiento de la diabetes. Sin embargo, la atención de los aspectos sociales motiva aún dudas tanto en el educador en diabetes como en el propio paciente. Entender el contexto social del cuidado de la diabetes es esencial para poder mejorar las condiciones de vida de las personas con diabetes. En la Cumbre Internacional de Oxford auspiciada por la Federación Internacional de Diabetes en 2001, se exhortó a todas las Administraciones para que los aspectos psico-sociales fueran incluidos en los Programas Nacionales de Diabetes.

Lo cierto es que el simple hecho del diagnóstico supone la objetiva inclusión en un cuadro estándar de potenciales problemas: afecta al entorno familiar que debe acomodarse a la nueva situación; influye en las relaciones sociales e incluso en las laborales; y en el ámbito socio-jurídico, la diabetes aparece influyendo en aspectos tan básicos como la escolarización o la obtención del permiso de conducción. Si pensamos en algo tan cotidiano como el salir de viaje, debemos saber que la diabetes no es impedimento para ello, pero siempre atendiendo a una serie

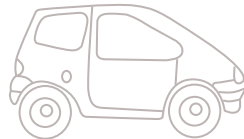
Prólogo

de medidas que eviten que se den situaciones indeseables. Igualmente se hace necesario dirigirnos a un sector de la población, el musulmán, que vive el mes del Ramadán y en el que se han de acomodar las pautas del tratamiento.

Queremos que estas Guías sirvan a los efectos de informar a la persona con diabetes sobre distintos aspectos que, dependiendo de la realidad de cada persona, se puedan ir encontrando en su día a día. Al mismo tiempo, ha de servir de ayuda para que esa vida cotidiana resulte segura, minimizando la incertidumbre y procurando hacer más sencilla su integración en la sociedad actual.

1

GUÍA DE ASPECTOS LEGALES



Autor: Javier Sanhonorato Vázquez

La diabetes es una enfermedad que nos acompaña toda la vida y que conlleva un tratamiento exigente e intensivo. Esta circunstancia, unida a otras, hace que, por su influencia en la vida social y familiar, sea considerada como ejemplo de enfermedad socio-sanitaria.

Es un hecho evidente que existen situaciones que tienen que ver con la integración de los niños con diabetes en la vida escolar, con la integración de la persona con diabetes en el medio social en el que vive y con la actitud de determinados agentes sociales ante la diabetes, con el mundo laboral, con la nula, mala o adulterada información que sobre la diabetes aún existe en la sociedad o en el propio afectado.

Los problemas objetivos con que se puede encontrar en la sociedad en la que vive una persona con diabetes tienen que ver con los siguientes campos:

- 1. Integración en la escuela**
- 2. Relaciones laborales normalizadas**
- 3. Acceso al Empleo Público**
- 4. Conducción segura y el acceso al permiso de conducción**
- 5. Acción protectora del Sistema de Seguridad Social**
- 6. Certificado de discapacidad**
- 7. Acceso a la información socio-sanitaria y acceso al tratamiento**

La suma de estos problemas de tipo social provoca situaciones de verdadera discriminación, de inadecuada integración en la sociedad, con la consiguiente incidencia en su salud tanto física como mental, y puede afectar a su entorno familiar, de amistades, social y laboral.

Sin embargo, no existe en la actualidad razón de ser alguna que justifique el tratamiento desigual del colectivo. Las reglas de la sana crítica, el sentido común y el contenido del Derecho Fundamental de igualdad y no discriminación (Art. 14 de la Constitución Española vigente), entre otros, determinan que hay que valorar a la persona de manera individual, según sus capacidades, y no elevar a categoría el que esté afectada por diabetes.

La información, la educación terapéutica en diabetes para conseguir que las personas sean autosuficientes en la gestión de su diabetes, la corresponsabilidad en el tratamiento y los avances de la ciencia médica, han hecho que un porcentaje

muy elevado de personas con diabetes pueda vivir una vida plena y normalizada.

En este sentido y muy resumidamente, la educación se considera una parte fundamental en los cuidados de la persona con diabetes. Debe considerarse, al menos como Acto Terapéutico, siendo su objetivo el de mejorar el conocimiento y las habilidades, capacitando a las personas con diabetes para asumir el control de su enfermedad e integrar así el autocontrol de la misma en la vida cotidiana. El principal objetivo es, entonces, facilitar los instrumentos para una buena calidad de vida y normalizar su vida tras el diagnóstico y a lo largo de la misma.

Las personas con diabetes se consideran a menudo injustamente tratadas en el ámbito social y a menudo recurren a soluciones personales en lugar de buscar la información y el asesoramiento para su integración social.

El no disponer de una cobertura de medios adecuada, hace que los esfuerzos educativos en estas materias no encuentren la respuesta que todos buscamos: instrumentos para llegar a ofrecer información de calidad a las personas con diabetes, a los facultativos, a los educadores, a agentes sociales y a la sociedad en general.

Esta publicación ha de servir de buena base para informar a las personas con diabetes y a sus familias sobre los aspectos socio-jurídicos que pueden influir en sus vidas y que tienen relación directa con la diabetes.

1.2 Diabetes en la escuela

La escolarización del niño con diabetes es un hecho normal, socialmente asumido, pero que en ocasiones conlleva problemas para integrar el cuidado de la diabetes en el ámbito escolar.

La Constitución atribuye a todos los españoles el derecho a la educación y establece el carácter obligatorio y gratuito de la enseñanza básica en su artículo 27, y, en relación con su artículo 9.2, encomienda a los poderes públicos que promuevan las condiciones y remuevan los obstáculos para que el derecho a la educación sea disfrutado en condiciones de igualdad. Lo dicho es extensible a la Educación Infantil (en cuanto a su tendencia a la universalidad y gratuidad) y a la enseñanza no obligatoria (principio de igualdad y no discriminación).

De acuerdo con el principio de escuela inclusiva y el de atención a la diversidad, asumidos por todas las leyes educativas vigentes, de lo que se trata es de crear el espacio adecuado en los centros educativos para que el niño con diabetes se integre con normalidad haciendo del seguimiento del control de su diabetes un hecho también ordinario.

Muy importante resulta la información en diabetes a la comunidad educativa pues suele solventarse así la prevención inicial a participar en las medidas de control de la diabetes por parte del equipo directivo y del profesorado. Además, todos los centros educativos conocen que “el interés del niño es siempre superior a cualquier otro” (Principios 7 y 8 de la Declaración de Derechos del niño) Este interés superior viene corroborado por:

- La Convención de los Derechos del Niño (ONU 1989, España 1990).
- El Convenio Europeo de 25 de enero de 1996 sobre el ejercicio de los derechos de los niños.
- La Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los Derechos del niño, (Resolución A/RES/61/146, de 19 de diciembre de 2006).
- La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, del 7 de diciembre de 2000.
- La Resolución del Parlamento Europeo de 8 de julio de 1992.
- Constitución Española: artículos 9.2, 14 (igualdad y no discriminación), 27 (derecho a la educación), 39.4 (protección de los niños prevista en los Acuerdos Internacionales que velan por sus derechos) y 43.1 (derecho a la protección de la salud).
- Código Civil, Ley Orgánica 8/2013 para la mejora de la calidad educativa (LOMCE), Ley Orgánica 2/2006 de educación (LOE), Ley Orgánica 1/1996, de

protección jurídica del menor; leyes autonómicas relativas a la regulación de la actividad educativa.

- Múltiples Decretos y Resoluciones de carácter administrativo dictados por entes gestores de las Comunidades Autónomas.

Efectivamente, el modelo de escuela inclusiva que caracteriza la normativa de Educación, el sentido de las normas que regulan el hecho educativo y la atención del menor, la equidad y los principios generales del Derecho, amparan la atención a las necesidades de los alumnos con diabetes.

La mayoría de Comunidades Autónomas disponen de protocolos de atención al niño con diabetes en el entorno escolar. La mayoría de estos Planes establecen la necesidad de poner en comunicación del director del Centro la necesidad de activar el protocolo para instaurar los cuidados necesarios para la continuidad del tratamiento de la diabetes en el ámbito escolar. En este caso, es el director el que debe valorar si cuenta el Centro con los medios adecuados para ello y decidir al respecto.

El primer paso por parte del Centro Educativo es el de reunirse con los padres y, si es posible, con algún miembro de la asociación local de diabetes o incluso del equipo médico-sanitario. También pueden pedirla los padres. Se hará necesario que el médico responsable de la diabetes del menor elabore informe en el que se expliquen los cuidados necesarios para el seguimiento del tratamiento, y, si se da el caso, valorar el acudir al Centro Educativo a fin de aportar mayor información y/o dar una charla informativa a la comunidad educativa sobre la diabetes.

Es el momento de activar el protocolo de atención individualizado, pues la Administración de Educación debe proveer los medios para que se puedan realizar los controles glucémicos, inyectar insulina cuando sea necesario según informe médico y protocolo, así como seguir las instrucciones sobre el programa dietético protocolizado. En cuanto a la realización de controles de glucemia y detección y actuación ante hipoglucemias e hiperglucemias, el protocolo individualizado debe indicar quienes han de ser instruidos para actuar (profesores del alumno, director del centro). No se puede dejar de atender a un alumno con hipoglucemia o que muestra síntomas de hipoglucemia. Para evitar posibles responsabilidades el botiquín del centro debe tener glucagón. En cuanto a la inyección de insulina por algún componente del equipo docente es una opción totalmente voluntaria. Si existe en el centro personal médico-sanitario, habrá que ponerlo en su conocimiento para que actúe en consecuencia. Y, si no, hay que proveer los medios necesarios según cada caso concreto.

1.2 Diabetes en la escuela

La Administración de Educación debe proveer los medios para que la integración del menor en el centro escolar sea totalmente normalizada, es decir, se puedan realizar sus controles glucémicos, su administración de insulina y sus comidas, según los protocolos marcados por su médico.



¿Cuenta el centro con los medios para activar el protocolo de atención al niño con diabetes?

Las Comunidades Autónomas disponen de protocolos de atención al niño con diabetes en el entorno escolar. La mayoría de estos Planes establecen la necesidad de poner en conocimiento del director del Centro la necesidad de activar el protocolo para instaurar los cuidados necesarios para la continuidad del tratamiento de la diabetes en el ámbito escolar. En este caso, es el director el que debe valorar si cuenta el Centro con los medios adecuados para ello y decidir al respecto.

El primer paso por parte del Centro es el de reunirse con los padres y, si es posible, con algún miembro de la asociación local de diabetes o incluso del equipo médico-sanitario. Es el momento de activar el protocolo de atención individualizado.

Muy importante resulta la información en diabetes a la comunidad educativa pues suele solventarse la prevención inicial a participar en las medidas de control de la diabetes por parte del equipo directivo y del profesorado. Además, todos los Centros educativos conocen que "el interés del niño es siempre superior a cualquier otro" (Principios 7 y 8 de la Declaración de Derechos del niño).



Las funciones de la Administración Sanitaria consisten en:



Elaborar el informe individualizado en el que constan los cuidados necesarios para el seguimiento del tratamiento



Actuar de intermediarios en algunos casos en que existen problemas para llevar a cabo el mismo



Acudir al centro educativo a dar información sobre la diabetes

No existe una norma que establezca directamente la obligación de los docentes y otros profesionales de los Centros Educativos a la continuidad del tratamiento de la diabetes. Esto no quiere decir que no exista la obligación de hacerlo: **el modelo de escuela inclusiva que caracteriza la normativa de Educación, la técnica de interpretación del sentido de las normas, la analogía, la equidad y los principios generales del Derecho amparan la atención a las necesidades de los alumnos con diabetes.**

En cuanto a la inyección de insulina por algún componente del equipo docente es una opción totalmente voluntaria. Si existe en el centro personal médico-sanitario, habrá que ponerlo en su conocimiento para que actúe en consecuencia. Y, si no, el Centro Educativo debe proveer los medios necesarios según cada caso concreto.

En cuanto a la realización de controles de glucemia y las hipoglucemias, el protocolo individualizado debe indicar quienes han de ser instruidos para actuar (profesores del alumno, director del centro). No se puede dejar de atender a un alumno con hipoglucemia o que muestra síntomas de hipoglucemia. Para evitar posibles responsabilidades el botiquín del centro debe tener glucagón.

Educación sanitaria



1.3 Permiso de conducción y diabetes

La estabilidad, el control y la adherencia al tratamiento capacitan a las personas con diabetes en la conducción de vehículos. Por el contrario, el mal control de la diabetes, las complicaciones crónicas y la hipoglucemia son factores que justifican la exclusión o la limitación a la hora de conducir.

El Reglamento General de Conductores considera a la diabetes como factor limitante en la conducción. Dirígete al profesional sanitario que trate tu diabetes si tienes alguna duda. Ellos te indicarán la incidencia del tratamiento de tu diabetes sobre tu capacidad para conducir y te ofrecerán las oportunas recomendaciones en relación con la conducción segura.

Contenido de la normativa española

El Reglamento establece dos grupos de conductores:

- **Grupo 1:** los titulares de los permisos “familiares” o de “turismos”.
- **Grupo 2:** los titulares de permisos “profesionales”.

Y dos tipos de permisos:

- **Permiso ordinario:** conductores no afectados por enfermedad o deficiencia que implique una restricción o limitación.
- **Permiso extraordinario:** cuando no reuniendo las aptitudes psicofísicas requeridas para el permiso ordinario, sí se reúnen las necesarias para conducir con adaptaciones, restricciones o limitaciones.

La diabetes no es obstáculo para obtener un permiso de conducción extraordinario. Ahora bien, en ningún caso se otorgará el permiso si la diabetes cursa con inestabilidad metabólica severa que requiera asistencia hospitalaria. Si existe hipoglucemia grave y recurrente el permiso de conducción no podrá expedirse o renovarse hasta tres meses después del episodio más reciente, pasado el cual, el afectado deberá demostrar que comprende los riesgos de la hipoglucemia y que controla adecuadamente “su afección”, mediante el correspondiente informe médico, pudiendo obtener o prorrogar el permiso con un periodo de vigencia máximo de un año.

Requisitos para obtener/renovar un permiso de conducción teniendo diabetes.

PERMISOS FAMILIARES O DE TURISMO	PERMISOS PROFESIONALES	
Diabetes de cualquier tipo tratada con insulina o con hipoglucemiantes	Diabetes tipo 1 y tipo 2 tratadas con insulina	Diabetes tipo 2 tratada con hipoglucemiantes
5 AÑOS	1 AÑO (excepcionales)	3 AÑOS
Informe médico favorable que acredite control adecuado de la diabetes y adecuada formación diabetológica. Se puede reducir la vigencia según criterio médico.	Informe favorable de endocrinólogo o diabetólogo que indique control adecuado de la diabetes y adecuada formación diabetológica.	Informe favorable de endocrinólogo o diabetólogo que acredite buen control y conocimiento de la enfermedad.

Los conceptos claros

Se entiende que un Informe médico es favorable cuando no existe circunstancia alguna que impida conducir y que se cumplen las condiciones para el adecuado control de la diabetes por haber recibido una adecuada educación en diabetes. Si las circunstancias médicas personales así lo requieren, el facultativo puede plantear

1.3 Permiso de conducción y diabetes

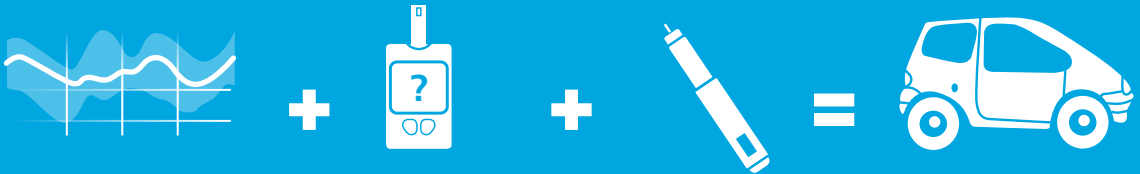
la reducción de la vigencia en el Grupo 1 en caso de diabetes tratada con insulina o con fármacos hipoglucemiantes.

Los Centros de reconocimiento de conductores son los destinados a verificar las aptitudes psicofísicas de los conductores. Si seguimos lo establecido en el Reglamento General de Conductores y en el Reglamento de centros de reconocimiento, la persona con diabetes está obligada a informar que padece diabetes cuando acuda a Centros de Reconocimiento de Conductores tanto a la hora de obtener el permiso por primera vez como al renovarlo. También se debería notificar si, vigente el permiso, se diagnostica la diabetes.

Hay que tener en cuenta también las limitaciones funcionales y físicas que puedan existir en relación con las complicaciones de la diabetes y que, en muchos casos, afectan a la conducción y son objeto también de restricciones y/o limitaciones.

1.3 Permiso de conducción y diabetes

La estabilidad, el control y la adherencia al tratamiento capacitan a las personas con diabetes en la conducción de vehículos. Por el contrario, el mal control de la diabetes, las complicaciones crónicas y la hipoglucemia son factores que justifican la exclusión o la limitación a la hora de conducir.



El Reglamento General de Conductores considera a la diabetes como **factor limitante en la conducción**. Dirígete al profesional sanitario que trate tu diabetes si tienes alguna duda. Ellos te indicarán la incidencia del tratamiento de tu diabetes sobre tu capacidad para conducir y te ofrecerán las oportunas recomendaciones en relación con la conducción segura.

Contenido de la normativa española



¿En qué casos no se otorga el permiso de conducción?



Cuando existe un grave descontrol de la diabetes que además requiere asistencia hospitalaria



Cuando existe hipoglucemia grave y repetida: deberán pasar 3 meses y demostrar que se controlan las hipoglucemias mediante informe médico pudiendo obtener o prorrogar el permiso con un periodo de vigencia máximo de un año



Fuera de estos dos casos la diabetes no es obstáculo para obtener un permiso de conducción extraordinario.

1.3 Permiso de conducción y diabetes



Requisitos para obtener/renovar un permiso de conducción teniendo diabetes.

PERMISOS FAMILIARES O DE TURISMO	PERMISOS PROFESIONALES	
Diabetes de cualquier tipo tratada con insulina o con hipoglucemiantes	Diabetes tipo 1 y tipo 2 tratadas con insulina	Diabetes tipo 2 tratada con hipoglucemiantes
5 AÑOS	1 AÑO (excepcionales)	3 AÑOS
Informe médico favorable que acredite control adecuado de la diabetes y adecuada formación diabetológica. Se puede reducir la vigencia según criterio médico	Informe favorable de endocrinólogo o diabetólogo que indique control adecuado de la diabetes y adecuada formación diabetológica	Informe favorable de endocrinólogo o diabetólogo que acredite buen control y conocimiento de la enfermedad

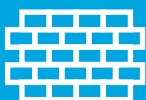
Los conceptos claros



Un informe médico es favorable cuando no existe circunstancia alguna que impida conducir y que se cumplen las condiciones para el adecuado control de la diabetes por haber recibido una adecuada educación en diabetes



Los Centros de reconocimiento de conductores son los destinados a verificar las aptitudes psicofísicas de los conductores. El Reglamento General de Conductores y el Reglamento de centros de reconocimiento, obligan a indicar la existencia de diabetes tanto a la hora de obtener el permiso por primera vez como al renovarlo. También se debería notificar si, vigente el permiso, se diagnostica la diabetes



Hay que tener en cuenta también las limitaciones funcionales y físicas que puedan existir en relación con las complicaciones crónicas derivadas de un mal control continuado de la diabetes y que, en muchos casos, afectan a la conducción y son objeto también de restricciones y/o limitaciones

1.4 Diabetes en el trabajo

La diabetes bien controlada no debe ser obstáculo para acceder a un puesto de trabajo. La propia Sociedad Española de Diabetes (SED) se ha pronunciado al respecto diciendo que las personas con diabetes “en la gran mayoría de los casos pueden desarrollar prácticamente cualquier labor profesional de la misma forma que una persona sin diabetes”.

Por lo tanto, en cualquier situación laboral en que se presente la diabetes a valoración, todos los agentes que intervengan (trabajador, empleador, médicos de empresa, mutuas y prevención de riesgos laborales...) han de ser muy cuidadosos para no caer en situaciones de trato desigual por el solo hecho de “tener diabetes”.

Si tenemos en cuenta que la finalidad del tratamiento es lograr un control metabólico lo más normalizado posible y minimizar las limitaciones potenciales de la diabetes, y así mantener una buena calidad de vida, el poner cortapisas a la elección de profesión puede ser un contrasentido, siempre salvando el hecho de que en todo caso hay que individualizar. En realidad, toda persona ha de valorar su situación en forma integral, y el trabajador con diabetes no puede ser una excepción.

Determinados trabajos y situaciones laborales (horarios irregulares, turnos, nocturnidad, riesgo de hipoglucemia, complicaciones crónicas), requieren una especial atención por parte del trabajador con diabetes, facultativo, educador y, desde luego, empleador, y deben ser estudiadas para corregir el tratamiento y adaptarlo a las funciones propias del puesto de trabajo. En el caso de imposibilidad, las soluciones no deben basarse en el despido o exclusión sino en la adaptación del puesto de trabajo, recolocación, valoración de funciones del puesto de trabajo o valoración de posibles incapacidades. Existen en la actualidad los instrumentos necesarios para hacer posible esa adaptación con la adecuada educación terapéutica en diabetes. Todo trabajador con diabetes debe solicitar de su equipo médico-sanitario, la información necesaria para solventar las dudas que le surjan en la relación diabetes/trabajo.

Si bien es verdad que las personas con diabetes con un tratamiento más intensivo son susceptibles de presentar descompensaciones agudas de su glucosa, en la mayoría de las ocasiones en que esto pueda suceder, el propio trabajador con diabetes va a ser capaz de resolver la situación. La frecuencia y la gravedad de las hipoglucemias en el puesto de trabajo son muy bajas no repercutiendo en la actividad laboral en la gran mayoría de los casos, tanto desde el punto de vista de la seguridad como de los costes. Por tanto, no existe justificación para la existencia de restricciones laborales generalizadas por este motivo o por otros similares.

1.4 Diabetes en el trabajo

En este sentido la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) resulta ser instrumento imprescindible pues su objetivo es mantener la salud del trabajador, tanto en relación a los riesgos propios del puesto como en el caso de las dolencias que pueda padecer. Es de destacar en la LPRL, como instrumento de valoración de salud laboral, el denominado reconocimiento médico de empresa.

El reconocimiento médico de empresa

Los reconocimientos médicos de empresa son de carácter voluntario, pudiendo llevarse a cabo sólo cuando el trabajador preste su consentimiento. Pero existe una excepción al carácter voluntario de los exámenes médicos, y son aquellos casos en los que la realización de los reconocimientos sea imprescindible para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para él mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa o cuando así esté establecido en una disposición legal concreta. Aún en estos casos, la misma LPRL indica que los datos relativos a la salud de los trabajadores no podrán ser usados con fines discriminatorios, ni en perjuicio del trabajador.

Otras características de los reconocimientos médicos de empresa son:

- El respeto al derecho a la intimidad, la dignidad de la persona del trabajador y la confidencialidad de toda la información relacionada con su estado de salud.
- La comunicación de los resultados directamente al trabajador.
- El acceso a la información médica se limitará al personal médico y a las autoridades sanitarias que lleven a cabo la vigilancia de la salud de los trabajadores.
- La información médica no podrá facilitarse al empresario sin consentimiento expreso del trabajador.
- El empresario será informado de la aptitud del trabajador para el desempeño del puesto de trabajo y de las situaciones de riesgo que puedan afectar al trabajador, y que requieran la introducción, o mejora, de las medidas de protección y prevención.

A pesar de todo lo expuesto todavía es frecuente entre las personas con diabetes “ocultar” la misma, bien por no considerar que ésta influya en el desarrollo de las funciones propias de su puesto de trabajo, bien por temor a no ser contratado o a ser despedido, bien por considerar que puede existir rechazo incluso por los compañeros, eligiendo en muchas ocasiones mantener unos controles glucémicos de “seguridad” en cifras un tanto elevadas. En estos casos resulta necesario consultar y pedir consejo a los profesionales sanitarios a fin de solventar las consecuencias del problema existente.

Otras situaciones a valorar conjuntamente:

- Citaciones médico-sanitarias durante la jornada laboral.
- Adaptación del puesto de trabajo.
- Reubicación laboral.
- Incapacidad laboral.

Posicionamiento de la Sociedad Española de Diabetes (SED) sobre el acceso de las personas con diabetes a los puestos de trabajo

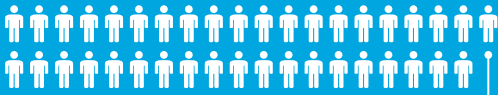
Desafortunadamente, las personas con diabetes aún pueden sufrir discriminación laboral derivada de la falsa percepción de que las personas con diabetes tienen un menor rendimiento o mayor absentismo. Sin embargo, estas apreciaciones son históricas y reflejaban las limitaciones de los tratamientos y de su adaptación a las necesidades relacionadas con la actividad laboral.

En los últimos años se han producido grandes avances en los sistemas de control y en el tratamiento de la diabetes, lo que facilita en gran medida mantener un control adecuado incluso en situaciones en las que puedan existir ciertas dificultades logísticas. Por ello, consideramos que en la actualidad:

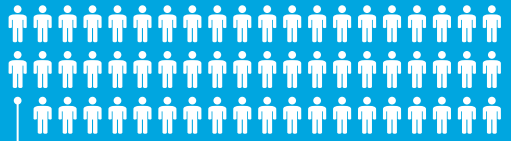
- 1.** Las personas con diabetes no deben ser discriminadas en su acceso a los puestos de trabajo, ya que en la gran mayoría de los casos pueden desarrollar prácticamente cualquier labor profesional de la misma forma que una persona sin diabetes.
- 2.** De forma idéntica a las personas sin diabetes, la no idoneidad para desempeñar cualquier tipo de trabajo debe tener una justificación objetiva y no basarse en la existencia de limitaciones derivadas de la enfermedad por sí misma. En consecuencia, antes de decidir la idoneidad o no de una persona con diabetes para un determinado puesto de trabajo, cada caso debería ser valorado individualmente. En las personas con diabetes, además de las aptitudes necesarias para el desempeño de la actividad y de otros problemas de salud distintos, debe considerarse el grado de control de la diabetes, la existencia de complicaciones y otros múltiples factores en relación con su enfermedad, aportando los informes médicos y los reconocimientos médicos que se indiquen.

1.4 Diabetes en el trabajo

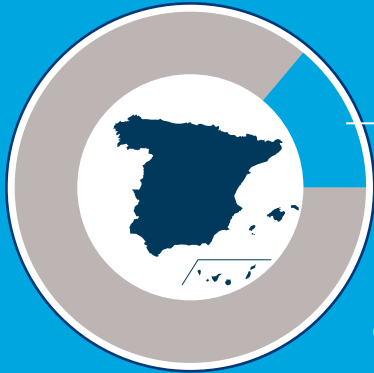
Personas con diabetes según IDF



392 HOY
millones



2035 **592**
millones



EN ESPAÑA la diabetes
representa alrededor de
un

14% de la
población



80%

La diabetes tipo 2 es la más prevalente, con un **80%**, considerando que muchas personas no lo saben o no han sido diagnosticadas todavía

La imagen de la diabetes en la sociedad sigue estando distorsionada por varias razones:



La confusión entre los diferentes tipos de diabetes



La falta de información sobre sus tratamientos

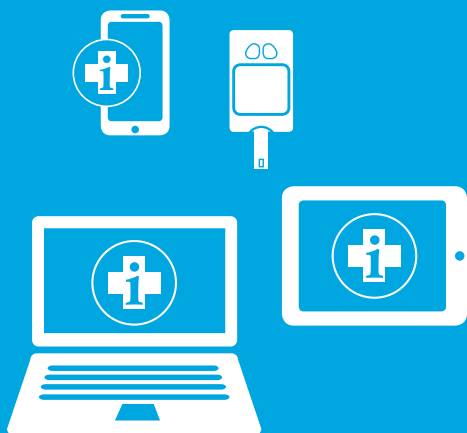


Las complicaciones

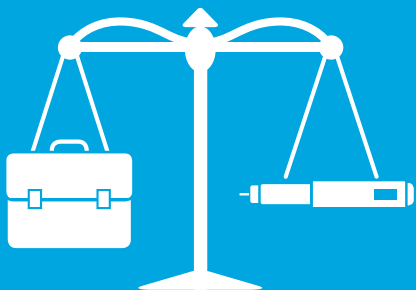


El impacto social y profesional

Pero aun así muchas personas con diabetes prefieren ocultar o no hacer evidente la diabetes por el temor a no ser contratados o ser despedidos.



Gracias a las nuevas pautas de **tratamiento y seguimiento, avances y control** actuales de la diabetes, las **herramientas informáticas o de monitorización** a través de nuevos sistemas y una correcta **educación terapéutica**, la frecuencia y gravedad de las complicaciones agudas y crónicas que pueden derivarse de la misma han disminuido considerablemente respecto a las que se podían desarrollar hace unas décadas. Hoy contamos con una **calidad de vida y una vida laboral con menos riesgos** y similar a la de una persona sin diabetes.



Teniendo en cuenta el aumento constante de las personas con diabetes entre la población activa y la cantidad de tiempo que la mayoría de la gente pasa en el trabajo, el ámbito laboral tiene un considerable potencial para influir en la forma en que los trabajadores manejan y cuidan su diabetes y su salud en general.



Debemos recordar que el término **“enfermedad”** no va ligado al de **“incapacidad laboral”**

1.5 Acceso al empleo público con diabetes

Los principios básicos que regulan el acceso al Empleo Público son:

- El **principio de igualdad** supone la libre participación en las pruebas de todas las personas capacitadas para ello.
- El **principio de mérito y capacidad** consiste en que la selección se centra en la capacidad intelectual y merecimientos personales de los candidatos.
- El **principio de publicidad** requiere que la selección se haga mediante convocatorias públicas que llegue al conocimiento del mayor número de personas posibles.

La normativa establece requisitos “que guarden relación objetiva y proporcionada con las funciones asumidas y las tareas a desempeñar” como el de “poseer la capacidad funcional para el desempeño de las tareas”. Así pues, la exigencia de determinada aptitud psicofísica y/o médica se delega a las ofertas de empleo específicas, por puestos o plazas a cubrir.

Los avances en el tratamiento, la educación terapéutica en diabetes, el mejor y mayor acceso a la información, así como el esfuerzo de sociedades médicas, de educadores y de las asociaciones de personas con diabetes, han hecho que en el acceso a un puesto de trabajo en la función pública la diabetes no sea condición definitiva, cumpliendo con las condiciones para ocuparlo. Pero aún se sigue manteniendo la limitación por diabetes para el acceso a ciertos puestos, plazas y cuerpos de la Administración Pública.

Las Proposiciones no de Ley presentadas en el Congreso de los Diputados, el posicionamiento de Sociedades médicas como la SED y SEMERGEN, la Campaña contra la discriminación laboral de la Federación Española de Diabetes (FEDE), entre otras, son acciones que abogan por conseguir que la igualdad sea efectiva.

Un gran paso para la eliminación de la diabetes como motivo de exclusión por el solo diagnóstico, es la publicación en el BOE de 20 de febrero de 2019 de la Orden PCI/154/2019, de 19 de febrero, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 30 de noviembre de 2018, por el que se aprueban instrucciones para actualizar las convocatorias de pruebas selectivas de personal funcionario, estatutario y laboral, civil y militar, en orden a eliminar ciertas causas médicas de exclusión en el acceso al empleo público.

En relación a la diabetes se acuerda:

“Eliminar la diabetes de las causas de exclusiones médicas exigibles para el acceso al empleo público, de modo que se pueda aplicar esta medida a todas las convocatorias de pruebas selectivas de personal funcionario, estatutario y laboral, que se convoquen con posterioridad a la fecha de adopción del presente Acuerdo y, en todo caso, a partir de las derivadas de la Oferta de Empleo Público del año 2019, adaptándolas a la evidencia científica en el momento de la convocatoria, sujeto al dictamen del órgano facultativo correspondiente y sin perjuicio de la superación de las pruebas selectivas en cada caso.

Limitar de las causas de exclusiones médicas exigibles en todas las convocatorias de pruebas selectivas de Fuerzas Armadas y Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, que se convoquen con posterioridad a la fecha de adopción del presente Acuerdo y, en todo caso, a partir de las derivadas de la Oferta de Empleo Público del año 2020, la diabetes, adaptándola a la evidencia científica en el momento de la convocatoria, sujeto al dictamen del órgano facultativo correspondiente y sin perjuicio de la superación de las pruebas selectivas en cada caso.”

Por lo tanto, el solo diagnóstico de la diabetes no puede ser tomado en consideración a partir de ahora para justificar un no apto por circunstancias médicas: el Tribunal calificador ha de valorar la situación clínica de cada aspirante desde la evidencia científica actual.

En consecuencia, este nuevo panorama obliga a consultar los requisitos médicos exigidos en cada convocatoria de plazas en las que antes la diabetes era objeto de exclusión o gran limitación en el acceso:

- **Fuerzas Armadas (FFAA) y Academias Militares.**
- **Cuerpo Nacional de Policía.**
- **Guardia Civil.**
- **Policías Autonómicas.**
- **Policías Locales.**
- **Personal, laboral o funcionario, de extinción de incendios.**
- **Ayudantes de Instituciones Penitenciarias.**

1.5 Acceso al empleo público con diabetes

- **Piloto comercial, piloto de transporte de Línea Aérea, Navegante, Mecánico a bordo.**
- **Piloto privado de avión o helicóptero, piloto de planeador, piloto de globo libre:** aptas personas con diabetes tratadas con dieta y un buen control. En el caso de tomar “medicamentos antidiabéticos por vía oral, según dictamen médico”.
- **Piloto de aeronaves civiles por control remoto** (drones entre ellas), salvo que sean utilizadas exclusivamente con fines recreativos o deportivos.
- **Controladores de la Circulación Aérea y Tripulante de Cabina de Pasajeros (TCP, azafata/o),** resultan aptas personas:
 - Con diabetes tipo 2 y buen control sin medicamentos.
 - Con diabetes tipo 2 con hipoglucemiantes orales y un informe médico favorable.
- **Parque Móvil del Estado:** la cláusula que se utiliza es la de *“no padecer enfermedad ni estar afectado por limitación física que sea incompatible con el desempeño de las correspondientes funciones”*. Se han dado casos en que se exigía un estricto control de la diabetes objetivado por HbA_{1c} en rango de normalidad.
- Determinados puestos en **“Metro de Madrid S.A.”:**
 - Plazas de Jefe de Sector y Ayudante de Oficio,** entre otras. No aptos: personas con diabetes insulino dependiente y las que sufran de “alteraciones significativas de los parámetros analizados que constituyan una entidad patológica (glucosa basal > 150 mg/dl, hemoglobina glicosilada mayor de 8 mg/dl, fructosamina mayor de 280 mcml/L (sic)”.
 - Agente de Taquilla en Metro de Madrid S.A.** para el que se requiere que la diabetes esté controlada.
- Dentro de las profesiones y oficios que se pueden desarrollar en **RENFE (ADIF)**, existen algunas que requieren “no padecer diabetes”, maquinistas, por ejemplo.

- En los múltiples puestos que ofrece **AENA (Aeropuertos Españoles y Navegación Aérea)** también hemos encontrado exclusiones. Aunque la mayoría de las convocatorias establecen la cláusula genérica de “no padecer enfermedad ni limitaciones físicas o psíquicas incompatibles con el normal desempeño de las tareas o funciones correspondientes a la actividad a desempeñar”, los Servicios médicos de la empresa y los protocolos de prevención de riesgos laborales establecen la diabetes como excluyente para los más variados puestos (técnicos de mantenimiento, extinción de incendios...)
- **Vigilantes de seguridad portadores de armas:** sólo se permite a personas con diabetes tipo 2, sin medicación y con buen control metabólico.
- Gobierno de **embarcaciones de recreo y Prácticos de Puerto:** No debe existir «diabetes mellitus» que curse con inestabilidad metabólica severa que requiera asistencia hospitalaria. Siempre que sea preciso el tratamiento hipoglucemiante se deberá aportar informe médico favorable y, a criterio del facultativo, podrá reducirse el período de vigencia. En el caso de tratamiento con insulina, el período de vigencia del documento acreditativo del título obtenido será como máximo de un año. No deben existir en el último año cuadros de hipoglucemia aguda ni alteraciones metabólicas que cursen con pérdida de conciencia.

La creciente laboralización del empleo público y la existencia de grandes empresas públicas, hacen que se deba aplicar en la convocatoria de muchas plazas el Derecho del Trabajo en lugar del Derecho Administrativo, con lo que se pueden llegar a dar situaciones contradictorias según se opte a una plaza de funcionario o de personal laboral.

En ocasiones, por las características del puesto de trabajo a cubrir, se puede dar el caso de que en el reconocimiento médico se establezca una falta de idoneidad para cubrir alguna de las funciones del mismo (así en los casos, por ejemplo, de nocturnidad o turnos rotatorios). Con la salvedad del tipo de puesto de trabajo a cubrir, tampoco se puede equiparar la falta de idoneidad para una de las funciones propias del puesto con la falta de aptitud para el mismo

1.5 Acceso al empleo público con diabetes

Algunas Sentencias de interés:

- **La Sentencia nº 12/2008, de fecha 4 de febrero de 2008, dictada por el Juzgado de lo Social nº. 2 de Ciudad Real** dio la razón a un conductor de camión autobomba con diabetes tipo 1 declarando que la empresa había actuado de forma discriminatoria, teniendo que reintegrar al trabajador en su puesto de trabajo.
- **La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala Social, nº. 536/2015**, reconoció el derecho del trabajador a acceder al puesto de trabajo de Agente de Taquilla, cuya convocatoria superó, y se condenó a la empresa a incorporar de inmediato al actor en dicho puesto, acceso que le había sido denegado por padecer diabetes tipo1.
- **La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, Sala Social, de 27 de julio de 2017** confirma la sentencia del Juzgado de lo Social de Tarrasa al afirmar que la exclusión de un trabajador por razón de su diabetes constituye una vulneración del derecho a no ser discriminado por motivos de salud.

1.5 Acceso al empleo público con diabetes

VIVIR CON DIABETES

Guía de aspectos legales

Autor: Javier Sanhonorato Vázquez

Los avances en el tratamiento, la educación terapéutica en diabetes, el mejor y mayor acceso a la información, así como el esfuerzo de las sociedades científicas y de las asociaciones de personas con diabetes, han hecho que la diabetes no sea condición definitiva en el acceso a un puesto de trabajo en la función pública, cumpliendo con las condiciones para ocuparlo.



Principios básicos que regulan el acceso al Empleo Público



El principio de igualdad

Supone la libre participación en las pruebas de todas las personas capacitadas para ello



El principio de mérito y capacidad

Consiste en que la selección se centra en la capacidad intelectual y merecimientos personales de los candidatos



El principio de publicidad

Requiere que la selección se haga mediante convocatorias públicas que llegue al conocimiento del mayor número de personas posibles. Se hace a través de la Oferta de Empleo Público

1.5 Acceso al empleo público con diabetes

La normativa establece también requisitos “que guarden relación objetiva y proporcionada con las funciones asumidas y las tareas a desempeñar” como el de “poseer la capacidad funcional para el desempeño de las tareas”. Así pues, la exigencia de determinada aptitud psicofísica y/o médica se delega a las ofertas de empleo específicas, por puestos o plazas a cubrir.



En relación a la diabetes se acuerda:

Eliminar la diabetes de las causas de exclusiones médicas exigibles para el acceso al empleo público, de modo que se pueda aplicar esta medida a todas las convocatorias de pruebas selectivas de personal funcionario, estatutario y laboral, que se convoquen con posterioridad a la fecha de adopción del presente Acuerdo.

Limitar de las causas de exclusiones médicas exigibles en todas las convocatorias de pruebas selectivas de Fuerzas Armadas y Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, que se convoquen con posterioridad a la fecha de adopción del presente Acuerdo y, en todo caso, a partir de las derivadas de la Oferta de Empleo Público del año 2020, la diabetes.

El solo diagnóstico de la diabetes no puede ser tomado en consideración para justificar un no apto por circunstancias médicas: el Tribunal calificador ha de valorar la situación clínica de cada aspirante desde la evidencia científica actual.

Un gran paso para la eliminación de la diabetes como motivo de exclusión por el solo diagnóstico, es la publicación en el BOE de 20/02/2019 de la Orden **PCI/154/2019**, de 19 de febrero, que contiene instrucciones para que se modifiquen las normas que aún contemplan la diabetes como causa de exclusión genérica al empleo público.

Hasta que se implante la medida, se sigue manteniendo la exclusión o limitación por diabetes en ciertos puestos, plazas y cuerpos de la Administración Pública.

1.6

Prestaciones sociales y sanitarias en diabetes

1.6.1 Cuidado de hijo con diabetes, con reducción de jornada laboral

Se encuadra entre las medidas para conciliar la vida personal y familiar. Consiste en compensar la pérdida de ingresos que sufren los trabajadores al tener que reducir su jornada por la necesidad de cuidar de los hijos menores a su cargo en este caso con diabetes, con la consiguiente disminución de salarios.

Puede acceder a ella uno de los progenitores, siempre que los dos trabajen. Requiere de una declaración médica según modelo que facilita la Seguridad Social o las Mutuas al que normalmente se adjunta un informe del médico que trate la diabetes del menor en el que se especifique que es necesario un cuidado directo, continuo y permanente dirigido al menor. Ese cuidado debe proporcionarse por el progenitor trabajador en el periodo de tiempo a reducir.

Es necesario que se dé un ingreso hospitalario de larga duración o bien la **continuación del tratamiento médico o el cuidado del menor en domicilio tras el diagnóstico y hospitalización por la enfermedad grave, en nuestro caso la diabetes tipo 1 (contenida en el Anexo del Real Decreto)**. No es necesario que la continuación del tratamiento sea inmediatamente posterior a la hospitalización.

Viene regulado en el Real Decreto 1148/2011, de 29 de julio, para la aplicación y desarrollo, en el sistema de la Seguridad Social, de la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave. La prestación se reconocerá en proporción al porcentaje de reducción que experimente la jornada de trabajo. Pueden solicitarla los trabajadores tanto por cuenta propia como por cuenta ajena, afiliados y en alta en algún régimen del sistema de la Seguridad Social, que acrediten los periodos mínimos de cotización exigidos y que reduzcan su jornada en, al menos, un 50% de su duración. La prestación se gestiona y paga por la Mutua en que el trabajador tenga cubiertas las contingencias profesionales y/o comunes.

Para el caso de personal funcionario se debe consultar tanto el Estatuto Básico del Empleado Público como la normativa autonómica específica, en los que se considera como permiso retribuido.

1.6 Prestaciones sociales y sanitarias en diabetes

1.6.1 Cuidado de hijo con diabetes, con reducción de jornada laboral

Junto con la solicitud, la declaración médica y el Informe, se habrá de presentar, entre otros:

- Certificado/s de empresa en que conste: fecha de inicio de la reducción de jornada y porcentaje de reducción, base de cotización, otros.
- Libro de Familia o similar.
- Certificado de la empresa donde trabaje el otro progenitor.
- Según los casos se pueden solicitar y/o aportar otros documentos (sentencia de divorcio).

Para mayor información puede dirigirse a su Mutua, a la propia Seguridad Social (CAISS), a su Trabajador Social o bien a su asociación de diabetes.

1.6 Prestaciones sociales y sanitarias

1.6.1 Cuidado de hijo con diabetes, con reducción de jornada laboral

VIVIR CON DIABETES

Guía de aspectos legales
Autor: Javier Sanhonorato Vázquez



Finalidad de la prestación

Se trata de una medida de protección de la Seguridad Social regulada en el Real Decreto 1148/2011, de 29 de julio.

Sabemos que el autocontrol de la diabetes es una labor continuada de análisis, toma de decisiones y modificación de terapia (dosis de insulina, raciones de hidratos de carbono, ejercicio físico...) de acuerdo a distintas variables (factor de sensibilidad, índices glucémicos, bolos correctores...), que requieren de un nivel de estabilidad personal, desarrollo intelectual y madurez que cada niño con diabetes irá adquiriendo con la edad. Hasta que eso ocurra, necesita del cuidado directo, continuo y permanente de sus padres.



El fin de todos estos cuidados es normalizar la vida familiar, social y escolar. Es una tarea continuada que afecta a la vida laboral de los padres, hasta el punto de tener que reducir su jornada laboral. Esta prestación sirve para evitar esta pérdida de ingresos.



Requisitos de acceso

Va dirigida a uno de los dos progenitores, adoptantes o en situaciones de acogimiento familiar (preadoptivo y permanente):

- **Trabajadores por cuenta ajena y autónomos.** Los dos en alta en la Seguridad Social (o sistema asimilado).
- **Reducción de la jornada** en al menos un 50%.
- Para el **cuidado directo, continuo y permanente del menor de 18 años**, acreditado por el facultativo del Servicio Público de Salud responsable de la asistencia al menor.
- La **prestación** se reconocerá en proporción al porcentaje de reducción.
- La prestación **se gestiona y paga por la Mutua** en que el trabajador tenga cubiertas las contingencias profesionales y/o comunes.
- En los casos de **separación judicial, nulidad o divorcio**, podrá ser reconocido a favor del progenitor determinado de común acuerdo y, a falta de acuerdo y de previsión judicial expresa, se atribuirá a aquella a quien se conceda la custodia del menor y si ésta fuese compartida a la que lo solicite en primer lugar.
- Para el caso de **personal funcionario**, en los que se considera como permiso retribuido, se debe consultar tanto el Estatuto Básico del Empleado Público (artículo 49.e), como la normativa autonómica específica.

A tener en cuenta

- En la mayoría de los casos es necesario un informe médico en el que se indique de forma individualizada el tratamiento completo para el control de la diabetes.
- No se debe denegar una prestación por el solo hecho de que el menor esté escolarizado.
- Las Mutuas deben controlar los requisitos formales, hechos y condiciones exigidos para acceder al subsidio, pero no pueden establecer nuevos requisitos ni entrar a valorar el juicio clínico del médico que trate la diabetes del menor.
- Es necesario que se dé un ingreso hospitalario de larga duración o bien la **continuación del tratamiento médico o el cuidado del menor en domicilio tras el diagnóstico y hospitalización por la enfermedad grave, en nuestro caso la diabetes**. No es necesario que la continuación del tratamiento sea inmediatamente posterior a la hospitalización.



1.6.2 Discapacidad

El campo en el que nos movemos es el de las relaciones sociales: surge “en la relación de la persona con el medio, en los obstáculos culturales, materiales o sociales que le impiden una integración adecuada en la sociedad”.

Para la normativa que valora la discapacidad, el hecho de tener diabetes no es causa suficiente para obtener el 33% de discapacidad necesario para alcanzar beneficios y ventajas de carácter social, laboral y fiscal. Sin embargo, la individualización y los actuales conceptos adoptados desde la Unión Europea hacen que los Equipos de Valoración tengan a mano criterios basados en una interpretación más social, más relacionada con la vida actual y la integración en la misma.

Criterios de valoración según la normativa:

Para la diabetes, la normativa establece cuatro clases:

1. Paciente asintomático con tratamiento farmacológico y/o dietético: 0%.
2. Paciente asintomático con tratamiento dietético y farmacológico correcto que no es capaz de mantener repetidamente un adecuado control metabólico; o hay evidencia de microangiopatía diabética definida por retinopatía o albuminuria persistente superior a 30 mg/dl: entre un 1% y un 24%.
3. Paciente que, por causas distintas a un inadecuado control terapéutico, requiera hospitalizaciones por descompensaciones agudas de su diabetes, con una periodicidad de hasta 3/año y con una duración de 48 horas cada una: entre un 25% y un 49%.
4. En caso de que el número de hospitalizaciones de iguales características sea superior a 3/año, se atribuirá un porcentaje de discapacidad del 50% al 70%.

Otros criterios de valoración:

1. La severidad de las consecuencias físicas y/o psicológicas de la diabetes.
2. La severidad de la sintomatología asociada a la diabetes (inestable, lábil).

1.6 Prestaciones sociales y sanitarias en diabetes

1.6.2 Discapacidad





3. Existencia de complicaciones crónicas añadidas para cuya valoración habríamos de ir al apartado correspondiente en la norma.
4. Otras patologías consideradas por la normativa.
5. Disfunciones psicológicas, estén o no provocadas por la diabetes (entre las primeras, por ejemplo, la falta de asunción de la enfermedad, la rebeldía y otras situaciones que pueden dar lugar a procesos psicológicos varios).
6. Las hipoglucemias

Los factores sociales se valoran a partir de un mínimo del 25% de discapacidad física. Son factores como los siguientes: problemas familiares graves como la orfandad, unos recursos económicos escasos, la edad, problemas en la escolarización, la situación laboral (desempleo), la situación educativa y cultural y otros. Los factores sociales no pueden sobrepasar los 15 puntos.

Para la normativa que valora la discapacidad, el hecho de tener diabetes no es causa suficiente para obtener el 33% de discapacidad necesario para alcanzar beneficios y ventajas de carácter social, laboral y fiscal. Sin embargo, la individualización y los actuales conceptos adoptados desde la Unión Europea hacen que los Equipos de Valoración tengan a mano criterios basados en una interpretación más social, más relacionada con la vida actual y la integración en la misma.

Criterios de valoración según la normativa

En relación directa con la diabetes, la normativa establece cuatro clases:

-  1. Paciente asintomático con tratamiento farmacológico y/o dietético: **0%**.
-  2. Paciente asintomático con tratamiento dietético y farmacológico correcto que no es capaz de mantener repetidamente un adecuado control metabólico; o hay evidencia de microangiopatía diabética definida por retinopatía o albuminuria persistente superior a 30 mg/dl: **entre un 1% y un 24%**.
-  3. Paciente que, por causas distintas a un inadecuado control terapéutico, requiera hospitalizaciones por descompensaciones agudas de su DM, con una periodicidad de hasta 3/año y con una duración de 48 horas cada una: **entre un 25% y un 49%**.
-  4. En caso de que el número de hospitalizaciones de iguales características sea superior a 3/año, se atribuirá un porcentaje de discapacidad **del 50% al 70%**.

Otros criterios de valoración

- La severidad de las consecuencias físicas y/o psicológicas de la diabetes.
- La severidad de la sintomatología asociada a la diabetes (inestable, lábil, variabilidad glucémica continuada...).
- Las hipoglucemias, sobre todo si son reiteradas, o asintomáticas, o nocturnas que alteran el sueño, o con pérdida de consciencia...
- Existencia de complicaciones crónicas añadidas para cuya valoración habríamos de ir al apartado correspondiente en la norma.
- Otras patologías consideradas por la normativa.
- Disfunciones psicológicas, estén o no provocadas por la diabetes (entre las primeras, por ejemplo, la falta de asunción de la enfermedad, la rebeldía y otras situaciones que pueden dar lugar a procesos psicológicos varios).



1.6.3 Incapacidad laboral

Es el desequilibrio que se produce entre las capacidades psico-físicas del trabajador y los requerimientos de un puesto de trabajo, que puede ser transitorio (incapacidad laboral transitoria, ilt, baja laboral), o permanente (en varios grados).

Existe consenso en que la diabetes no debe considerarse como una enfermedad incapacitante pues en ausencia de complicaciones, **con un buen control metabólico y una adecuada educación en diabetes** que consiga la deseable adherencia al tratamiento prescrito, **los problemas laborales son mínimos**.

Efectivamente lo que realmente llega a invalidar son las complicaciones (agudas o crónicas) sobrevenidas que hay que valorar en cada caso concreto.

Todo trabajador, debe tener el amparo de la normativa de salud laboral y de prevención de riesgos laborales lo cual, en relación con la diabetes, se traduce en favorecer los instrumentos necesarios para que no peligre la adherencia al tratamiento en el desarrollo de las funciones propias de cada puesto de trabajo. El principal instrumento es la Educación Terapéutica en Diabetes para el trabajador y la información para las empresas, de tal forma que la consideración, en algunos puestos de trabajo, como "trabajador especialmente sensible" sirva a los efectos de acoplar el tratamiento a las funciones a realizar en el puesto de trabajo.

En la "Guía de Diabetes y Trabajo" editada por Ibermutuamur se dice que *"las personas con diabetes bien controladas presentan un comportamiento similar al de las personas sin diabetes en cuanto a incidencia de bajas y duración de las mismas. Sin embargo, el mal control metabólico o la presencia de complicaciones crónicas sí que prolongan la duración de la incapacidad temporal."*

En cuanto a la incapacidad permanente, también se observa en los últimos años un descenso de los casos que se relaciona con los avances en los tratamientos, la educación en diabetes recibida y la consiguiente adherencia al tratamiento, que retrasan la aparición de complicaciones graves a una edad posterior a la vida laboral.

1.6 Prestaciones sociales y sanitarias en diabetes

1.6.3 Incapacidad laboral

La afectación grave de la visión, los problemas cardíacos y renales o los cerebrovasculares, generalmente unidos a la larga evolución y el mal control de la diabetes, son las complicaciones que más se asocian a incapacidad laboral, dando lugar a limitaciones.

La valoración de estas limitaciones en función de los requerimientos del puesto de trabajo puede derivar en el reconocimiento de una incapacidad permanente total, por ejemplo para aquellas profesiones a las que se le exija una buena agudeza visual (retinopatía con pérdida importante de visión) o para las que requieran esfuerzo físico (problemas cardíacos graves, nefropatía). La confluencia de varias de estas complicaciones pueden traer como consecuencia una incapacidad absoluta. La jurisprudencia de nuestros tribunales es unánime al concluir que una agudeza visual con pérdida global superior al 50% según la Escala de Wecker se corresponde con una incapacidad absoluta.

1.6 Prestaciones sociales y sanitarias

1.6.3 Incapacidad laboral

VIVIR CON DIABETES

Guía de aspectos legales

Autor: Javier Sanhonorato Vázquez



Tanto al trabajador como al empresario les preocupan las situaciones de baja laboral provocadas por la enfermedad. La diabetes es también un factor a tener en cuenta, tanto en los casos de incapacidad laboral transitoria como permanente.



Existe consenso en que **la diabetes no debe considerarse como una enfermedad incapacitante** pues en ausencia de complicaciones, con un buen control metabólico y una adecuada educación en diabetes que consiga la deseable adherencia al tratamiento prescrito, los problemas laborales son mínimo.

Lo que realmente llega a invalidar son las complicaciones (agudas o crónicas) sobrevenidas que hay que valorar en cada caso concreto.



Todo trabajador, debe tener el amparo de la normativa de salud laboral y de prevención de riesgos laborales lo cual, en relación con la diabetes, se traduce en favorecer los instrumentos necesarios para que no peligre la adherencia al tratamiento en el desarrollo de las funciones propias de cada puesto de trabajo. El principal instrumento es la Educación Terapéutica en Diabetes para el trabajador y la información para las empresas, de tal forma que la consideración, en algunos puestos de trabajo, como "trabajador especialmente sensible" sirva a los efectos de acoplar el tratamiento a las funciones a realizar en el puesto de trabajo.

1.6 Prestaciones sociales y sanitarias

1.6.3 Incapacidad laboral

VIVIR CON DIABETES

Guía de aspectos legales

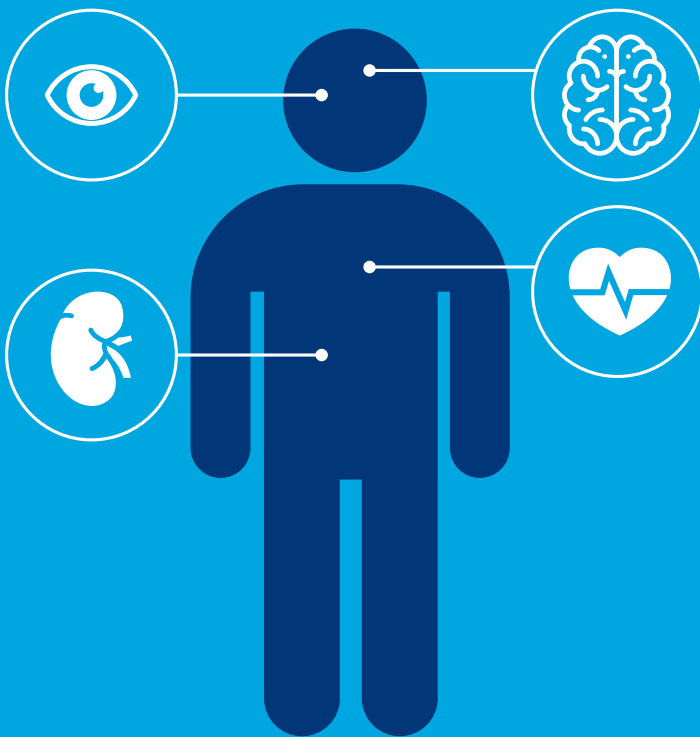
Autor: Javier Sanhonorato Vázquez



En la *“Guía de Diabetes y Trabajo”* editada por Ibermutuamur se dice que *“las personas con diabetes bien controladas presentan un comportamiento similar al de las personas sin diabetes en cuanto a incidencia de bajas y duración de las mismas. Sin embargo, el mal control metabólico o la presencia de complicaciones crónicas sí que prolongan la duración de la incapacidad temporal”*.

En cuanto a la incapacidad permanente, también se observa en los últimos años un descenso de los casos que se relaciona con los avances en los tratamientos, la educación en diabetes recibida y la consiguiente adherencia al tratamiento, que retrasan la aparición de complicaciones graves a una edad posterior a la vida laboral.

La afectación grave de la visión, los problemas cardiacos y renales o los cerebrovasculares, generalmente unidos a la larga evolución y el mal control de la diabetes, son las complicaciones que más se asocian a incapacidad laboral, dando lugar a limitaciones. No es infrecuente, la aparición de alteraciones psicógenas, entre las que cabe resaltar la depresión.



1.6.4 Prestaciones sanitarias

El derecho constitucional a la protección de la salud (artículo 43) viene desarrollado, por variada normativa:

- Ley General de Sanidad.
- Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización.
- Real Decreto Ley 7/2018, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.
- Leyes y normativa autonómica, Consensos, Planes, Cartas Internacionales...

El estudio de todo este material normativo nos hace concluir que cada usuario del Sistema Nacional de Salud, en relación con el padecimiento de su diabetes, tiene derecho:

- A un diagnóstico y a ser informado sobre el mismo.
- A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer.
- A un tratamiento completo e individualizado y a unos objetivos de autocuidado.
- A recibir Educación en Diabetes, continuada e individualizada.
- A un seguimiento individualizado de la diabetes, según protocolos.
- A consensuar unos objetivos reales de autocontrol a fin de conseguir la adherencia al tratamiento, teniendo en cuenta la vida familiar, social y laboral del paciente y a que la modificación de conductas personales se vea enmarcada en la denominada Educación Terapéutica en Diabetes.
- A la detección y tratamiento precoz de las complicaciones crónicas con derivación preferente a las distintas especialidades.
- A la inclusión en un Programa específico de atención en el caso de:
 - Mujeres gestantes con diabetes.
 - Niños.

1.6 Prestaciones sociales y sanitarias en diabetes

1.6.4 Prestaciones sanitarias

Ancianos.

Tratamiento ISCI.

- A que se valoren los problemas psicológicos y/o sociales.
- A los medicamentos y productos sanitarios y/o farmacéuticos necesarios para su tratamiento, con el fin de facilitar el autocuidado así como un deseable grado de autonomía respecto al sistema sanitario:

a un informe médico en el que se establezcan los materiales precisos para el tratamiento y control de la diabetes;

a que se dispense el material por personal sanitario o farmacéutico;

a que se atienda en la dispensación a la prescripción del médico;

a la educación en la utilización del material que se dispensa;

a consensuar la periodicidad y horarios de recogida del material;

a la información acerca de la obtención de material en caso de desplazamiento por vacaciones u otras circunstancias;

a la confidencialidad, para lo cual puede que sea necesario que la entrega se haga en lugar adecuado, con discreción;

a que se resuelvan las incidencias propias en la dispensación de este tipo de material lo más rápidamente posible;

a ser informado con suficiente antelación de cualquier cambio o incidencia en el suministro.

Dado que la gestión de las prestaciones sanitarias se ha transferido a las Comunidades Autónomas, el acceso o forma de acceso a estos derechos se encuentra mediatizado a veces, por conceptos propios de la economía sanitaria y del binomio coste-efectividad, provocando en más ocasiones de las deseadas, verdaderas colisiones de derechos, que atentan contra el principio de equidad y en las que nunca debería prevalecer la propia gestión del Centro Sanitario sobre el derecho a la protección de la salud.

El derecho constitucional a la protección de la salud (artículo 43) viene desarrollado, por variada normativa:



Ley General de Sanidad.

Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización.

Real Decreto Ley 7/2018, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.

Leyes y normativa autonómica, Consensos, Planes, Cartas Internacionales...

El estudio de todo este material normativo nos hace concluir que cada usuario del Sistema Nacional de Salud, en relación con el padecimiento de su diabetes, tiene derecho:

- A un diagnóstico y a ser informado sobre el mismo.
- A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer.
- A un tratamiento completo e individualizado y a unos objetivos de autocuidado.
- A recibir Educación en diabetes, continuada e individualizada.
- A un seguimiento individualizado de la diabetes, según protocolos.
- A consensuar unos objetivos reales de autocontrol a fin de conseguir la adherencia al tratamiento, teniendo en cuenta la vida familiar, social y laboral del paciente y a que la modificación de conductas personales se vea enmarcada en la denominada Educación Terapéutica en Diabetes.
- A la detección y tratamiento precoz de las complicaciones crónicas con derivación preferente a las distintas especialidades.
- A la inclusión en un Programa específico de atención en el caso de:



Mujeres
gestantes con
diabetes



Niños

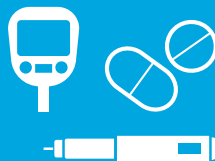


Ancianos



Tratamiento ISCI

- A que se valoren los problemas psicológicos y/o sociales.
- A los medicamentos y productos sanitarios y/o farmacéuticos necesarios para su tratamiento, con el fin de facilitar el autocuidado así como un deseable grado de autonomía respecto al sistema sanitario: icono fármacos y glucómetro.



a un informe médico en el que se establezcan los materiales precisos para el tratamiento y control de la diabetes;

a que se dispense el material por personal sanitario o farmacéutico;

a que se atienda en la dispensación a la prescripción del médico;

a la educación en la utilización del material que se dispensa;

a consensuar la periodicidad y horarios de recogida del material;

a la información acerca de la obtención de material en caso de desplazamiento por vacaciones u otras circunstancias;

a la confidencialidad, para lo cual puede que sea necesario que la entrega se haga en lugar adecuado, con discreción;

a que se resuelvan las incidencias propias en la dispensación de este tipo de material lo más rápidamente posible;

a ser informado con suficiente antelación de cualquier cambio o incidencia en el suministro.

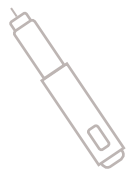


Dado que la gestión de las prestaciones sanitarias se ha transferido a las Comunidades Autónomas, el acceso o forma de acceso a estos derechos se encuentra mediatizado a veces, por conceptos propios de la economía sanitaria y del binomio coste-efectividad, provocando en más ocasiones de las deseadas, verdaderas colisiones de derechos, que atentan contra el principio de equidad y en las que nunca debería prevalecer la propia gestión del Centro Sanitario sobre el derecho a la protección de la salud.

Agradecemos a la Asociación para la defensa de derechos de las personas con diabetes (Addeisa) su disponibilidad, pues ha facilitado la elaboración de la Guía de Aspectos legales.

2

GUÍA PARA VIAJAR CON TRANQUILIDAD



Autor: Isidoro Luis Dujovne Kohan

2. Viajar con diabetes

Lo primero: preparar el viaje

Con diabetes se puede disfrutar plenamente de un viaje, tanto si éste se hace por motivos profesionales, ocio, deporte o cualquier otro motivo. Y para evitar sorpresas desagradables, antes de iniciarlo hay que dejar lo menos posible librado a la improvisación. Si así se hace, con diabetes se puede viajar por cualquier medio y prácticamente a cualquier lugar, tal como lo han hecho algunas personas a quienes esta enfermedad no les ha impedido llegar a sitios tan increíbles como la cima del monte Everest.

Existen algunas reglas que son prácticamente iguales para la mayoría de los casos y ante cualquier clase de viaje. Otras pautas, en cambio, dependen del tipo de diabetes, de las medicinas que se tomen, del padecimiento de otras enfermedades, del grado de conocimiento sobre el control de la diabetes, de la habilidad para evitar/corregir alteraciones, del medio de transporte que se utilice, de las distancias a recorrer, del lugar a dónde se vaya (campo, ciudad, zonas con riesgos de enfermedades, playa, montaña, etc.) o del acceso a medicinas y a atención sanitaria. Por eso, cuando se esté planeando un viaje es aconsejable que antes de iniciarlo se consulte al equipo sanitario que le atiende para recabar las recomendaciones especiales que sean importantes a tener en cuenta en su caso particular. Al mismo tiempo, esa consulta será una buena ocasión para comprobar si está al día con las vacunas o si el sitio al que se dirige requiere, por ejemplo, algún medicamento para quimioprofilaxis, como ocurre en los desplazamientos a zonas con riesgo de paludismo. En función de cuál sea el lugar de destino y el tipo de viaje que emprenda, en estas visitas también se aprovechará para que reciba consejos sobre precauciones ante la exposición al sol, la atención que debe prestar para evitar posibles lesiones de los pies, el cuidado de la piel, prevención y tratamiento de la diarrea, etc. Siempre será conveniente solicitar un informe médico actualizado que, si viaja fuera de España, es aconsejable que esté traducido al idioma del país de destino o, cuanto menos, al inglés. En el anexo de este folleto tiene un modelo de informe que puede llevar a su médico para que lo cumplimente; para ello, lo puede fotocopiar o, si accede a través de Internet, puede bajar el archivo directamente a través del enlace. En dicho informe se han de especificar las alergias, intolerancias alimentarias, todas las enfermedades que padece (no sólo la diabetes), el tratamiento que habitualmente recibe y, en el caso de utilizar insulina y/o instrumentos de medición de la glucemia y/o infusor continuo de insulina, también se indicará la necesidad de llevar todos estos elementos consigo, así como agujas y lancetas. Esto es especialmente importante en el caso de que el viaje sea en avión, ya que no sólo se trata de llevar todo lo que necesita en el equipaje de mano sino que además todo ello debe cumplir con las normas aeroportuarias de seguridad de vuelos (ver apartado *Viajar en avión*).

Viajes de corto recorrido

En general, cuando hablamos de viajes siempre solemos pensar en aquéllos que se dirigen a destinos lejanos. Sin embargo, la atención de pacientes con diabetes nos ha enseñado lo frecuente que es la presentación de problemas cuando se viaja a sitios cercanos, conocidos y familiares a los que muchas personas no les conceden la necesaria importancia ni les dedican preparación alguna. No es en absoluto infrecuente que un viaje en coche o autocar que se prevé que tardará no más de 2 ó 3 horas, se vea imprevistamente interrumpido por una retención en la carretera a causa de una copiosa nevada; lo mismo puede decirse si se viaja en tren, cuando a causa de un corte del fluido eléctrico se produce una parada prolongada en la vía férrea. En cualquiera de estos casos, la consecuencia será la imposibilidad de acceso por varias horas a alimentos azucarados para combatir una posible hipoglucemia (bajada del azúcar de la sangre por debajo de 70 mg/dl –ver más adelante-), a agua potable para hidratarse o a alguna medicina que deba tomarse. Por eso al emprender un viaje, por corto que se prevea, se debe llevar siempre consigo todo lo necesario para prevenir o tratar una hipoglucemia, según se describe en el apartado ***Cómo se previene y se trata una hipoglucemia***. Aunque los elementos que se describen en el apartado ***Qué llevar*** están enfocados sobre todo a viajes largos, la mayor parte de ellos también son efectivos para viajes cortos.

Una buena norma es que, aunque el tiempo previsto de viaje sea de no más de 2 horas, se tenga a mano todo lo necesario para 12 horas de viaje. Ya lo dice el dicho popular: *“más vale prevenir que curar”*.

Qué llevar

A continuación se describe el material válido para la mayoría de los lugares a los que se suele viajar. Por supuesto que si se viaja a sitios menos corrientes y con necesidades especiales, como por ejemplo zonas con peligro de contagio de ciertas enfermedades o lugares que no disponen de una buena asistencia sanitaria o de acceso a medicamentos, habrá que hacer los ajustes oportunos.

La cantidad de material a transportar debe ser mayor que la que se prevé necesaria para no correr riesgos de falta de alguno de ellos. En general, se recomienda llevar el doble de lo que se tiene previsto consumir. Todo el material debe estar “a mano”, tanto para poder utilizarlo como para controlar que el mismo no se pierda por extravío o sustracción. Si se viaja acompañado, como norma de seguridad es aconsejable repartir el material con los acompañantes.

2. Viajar con diabetes

En general, lo que debe llevarse es:

- **Medicación habitual**, incluyendo los prospectos para que puedan ser consultados por los agentes de seguridad aduanera o aeroportuaria.
- Quienes utilicen infusores de insulina, llevar **plumas de insulina basal y de acción rápida por si el infusor llegara a fallar**.
- **Glucagón** (GlucaGen® Hypokit).
- **Medidor de glucosa, tiras, lancetas y baterías de repuesto**.
- **Tiras reactivas** para medir acetona en sangre o en orina.
- **Sensores en caso** de que se esté utilizando monitorización continua de glucosa
- **Alimentos que contengan hidratos de carbono de absorción rápida** (zumos, gominolas, glucosa en comprimidos, líquida o geles, bebidas azucaradas) y lenta (galletas, barritas).
- **Agua y/o bebidas isotónicas**.
- **Informe médico** (si fuera preciso, traducido al inglés o a otros idiomas) **y tarjeta de identificación** con los datos médicos completos (tipo de diabetes, otras enfermedades, alergias, tratamiento, datos de contacto para localizar familiares, amigos, médicos, hospitales).
- **Tarjeta Sanitaria Europea y/o copia de la póliza del seguro de viaje**.
- **Material para realizar pequeñas curas** (vendas, tiritas, antiséptico, esparadrapo), sobre todo ante la eventualidad de cortes, heridas o rozaduras en los pies.

Cuando se viaja en avión, el informe médico no sólo tiene una función sanitaria sino que también servirá para justificar ante las autoridades de seguridad aeroportuaria que la persona que viaja necesita llevar consigo materiales que normalmente no pasan los controles de seguridad, como por ejemplo agujas, lancetas, botellas de más de 100 ml con agua o refrescos que contengan glucosa o azúcar.

En viajes a países integrantes de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo (Islandia, Liechtenstein, Noruega) y a Suiza, es muy importante llevar la Tarjeta Sanitaria Europea que expide el Ministerio de Sanidad. Aunque no todos los países brindan las mismas prestaciones, esta tarjeta certifica el derecho de su titular a recibir atención sanitaria durante una estancia temporal en cualquiera de dichos países, tiene una validez de un año y se obtiene y renueva a través de la página Web del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social. www.seg-social.es. Para ampliar esta información, recomendamos la siguiente web:

<http://fundacionio.org/viajar/otros/tarjeta%20sanitaria%20europea.html>.

También es recomendable llevar una tarjeta o papel con el texto “Tengo diabetes, por favor llame a un médico” y “Por favor, necesito azúcar o zumo de frutas” traducido a distintos idiomas.

Castellano	English	Française	Deutsch
Tengo diabetes.	I have diabetes.	J'ai le diabète.	Ich habe Diabetes.
Por favor llame a un médico	Please call a doctor	Appelez un médecin s'il vous plaît	Bitte rufen Sie einen Arzt
Por favor, necesito azúcar o zumo de frutas	Please, I need sugar or fruit juice	J'ai besoin de sucre ou un jus de fruit s'il vous plaît	Bitte, ich brauche Zucker oder Fruchtsaft

Cómo conservar los medicamentos

Los prospectos de los medicamentos contienen un apartado en el que se detalla la forma de conservarlos, por lo que es importante contar con dichos prospectos y consultar su contenido antes de viajar. En términos generales, la mayoría requieren un ambiente fresco y seco, sin sufrir temperaturas extremas. Sobre todo se evitará su exposición a fuentes de calor (no dejarlos al sol, calefacción o guantera del coche ni sobre artefactos eléctricos de audio o video que desprendan calor) o al frío intenso, sobre todo evitando la congelación. Esta última recomendación es de vital importancia para la correcta conservación de la insulina, ya que la congelación y descongelación –sobre todo si es repetida– la va destruyendo hasta el punto de disminuir mucho su actividad, lo que provoca grandes variaciones de la glucemia y descontrol de la diabetes. Otra cosa a evitar es su agitación y formación de burbujas porque esto también puede destruir moléculas de insulina. Para quienes utilizan plumas para autoinyección de insulina, deben tratar de mantener todas las plumas que no están en uso a temperaturas entre 2 y 8°C. Para ello, lo práctico será transportar este material en un recipiente térmico y, para evitar problemas con los controles de seguridad en el caso de viajes en avión, el informe médico del paciente debe especificar la necesidad de que sea transportado en la cabina y cuáles son sus condiciones de conservación.

Los viales o las plumas que estén en uso no requieren conservación en frío y se pueden dejar a temperatura ambiente (en torno a 22°C, con un margen que en general suele abarcar un rango de entre 15 y 30°C –consultar prospectos de cada tipo de insulina–),

2. Viajar con diabetes

siempre que el tiempo de utilización no exceda de unas 8 semanas. Cuando una pluma de insulina ha perdido parte de su actividad, las personas que la utilizan notan que a pesar de mantener sus cuidados y sus dosis de insulina invariables, el control de la glucemia empeora. En estas situaciones, desechar la pluma en uso y sustituirla por una nueva permite recuperar el buen control. Existe un tipo de medicamento inyectable para la diabetes que se dispensa en plumas precargadas y que no contiene insulina; se trata de los llamados agonistas del receptor GLP-1 y que en general se reconocen porque en su composición llevan un principio activo que termina con las letras "tida" (ejemplo: exenatida, liraglutida, lixisenatida). Las normas de conservación son bastante similares a las de la insulina pero remitimos al lector a que consulten el apartado sobre conservación del medicamento en los respectivos prospectos.

Los medicamentos líquidos en general -como soluciones, suspensiones o jarabes- son bastante vulnerables a los cambios de temperatura y sobre todo al calor, en tanto que los comprimidos suelen conservar mucho más su estabilidad.

El glucagón (GlucaGen® HypoKit) es un medicamento inyectable que se utiliza para remontar la glucemia en personas que no pueden ingerir sólidos ni líquidos por cualquier motivo (están inconscientes o presentan vómitos, por ejemplo). Este fármaco normalmente se debe conservar a una temperatura entre 2 y 8°C (en nevera) pero, si se tiene protegido de la luz, también puede mantener su actividad hasta 18 meses a temperatura ambiente, mientras no sobrepase los 25°C.

Aunque no sean medicamentos, también hay que tener en cuenta los cuidados y precauciones con algunos dispositivos utilizados por las personas con diabetes, como glucómetros, infusores continuos de insulina, etc. En primer lugar, se los debe llevar en condiciones seguras para evitar golpes o caídas. Por otra parte, hay que consultar los manuales para saber las temperaturas de funcionamiento y evitar así la presencia de fallos o errores (en general, las temperaturas óptimas suelen estar entre 15 y 35°C). Como ya hemos indicado, los usuarios de infusores continuos de insulina deben tener siempre una provisión de plumas de insulina basal y de acción rápida como sustitutivos para utilizar en el caso de que los dispositivos presenten fallos o averías.

Cuando se viaja conduciendo un vehículo

Cuando se viaja conduciendo un vehículo -coche, moto, etc.- es importante llevar el azúcar u otro hidrato de carbono de acción rápida en un bolsillo u otro sitio muy accesible para poder tomarlo inmediatamente ante el más mínimo indicio de una posible bajada de azúcar. A veces, los síntomas de una hipoglucemia suficientemente importante como para hacer perder el control de un vehículo pueden sobrevenir tan rápidamente que,

si no se atajan a tiempo, exponen a situaciones de mucho peligro. Por esta razón –y con el objetivo de prevenir las hipoglucemias– se deben medir los niveles de glucemia antes de ponerse al volante y, en el caso de que estén cercanos o por debajo de 70–90 mg/dl se recomienda tomar alguna fruta o yogur que ayude a mantenerla por encima de dichas cifras; también es conveniente parar cada 2 horas para caminar y, si fuera necesario, volver a comprobar que la glucemia se encuentra por encima de 70 mg/dl. Si el desplazamiento fuera en bicicleta, las paradas y toma de algún alimento han de hacerse mucho más frecuentemente porque el ejercicio ayuda a quemar glucosa y por ello predispone a la hipoglucemia.

Cuando se viaja en tren o autocar

En los viajes en estos medios de transporte se está poco activo, lo que aumenta la probabilidad de que aumente la glucosa en la sangre. Lo bueno es que en estos medios es posible en cierta medida caminar y desplazarse, lo que debe aprovecharse para evitar que el reposo prolongado y la falta de actividad física favorezcan la subida de la glucosa en la sangre. Esta recomendación no sólo es válida para quien padezca diabetes, ya que es sabido que permanecer sentado durante tiempo prolongado no es sano, se tenga o no alguna enfermedad.

Cuando se viaja en barco

En primer lugar hemos de advertir que la sensación de inestabilidad y mareo en un crucero puede estar provocada por los movimientos del barco pero también por una hipoglucemia u otras causas. La medición de la glucemia ayudará a saber de qué se trata y, si fuera por hipoglucemia, se actuará rápidamente según se explica en ***Cómo se previene y se trata una hipoglucemia***. Cuando el mareo es consecuencia de los movimientos del barco y se acompaña de vómitos, éstos pueden llegar a impedir una alimentación adecuada. Si la persona con diabetes ya ha tomado su medicación antidiabética (sobre todo si ésta es insulina o medicamentos del grupo de las sulfonilureas) corre el riesgo de tener un episodio de hipoglucemia que no podrá prevenir ni combatir con la ingestión de azúcar porque los vómitos se lo impedirán. Por ello, los viajeros con diabetes que sean propensos a este problema deben pedir a su médico que les indique algún medicamento contra los vómitos (antiemético) para tomarlo como prevención o bien nada más presentar los primeros síntomas de mareo. Según la Asociación de Médicos de Sanidad Exterior (AMSE <https://www.amse.es/informacion-salud-y-viajes/846-viajeros-con-diabetes>) para minimizar los riesgos de mareos y vómitos es mejor viajar en barcos grandes de más de

2. Viajar con diabetes

600 pasajeros por ser los más estables y soportar mejor los climas adversos. También deben evitarse los camarotes a proa o popa pues se mueven más, siendo las zonas más céntricas del barco las menos sensibles a los balanceos.

Ante la posibilidad de que se presente algún problema de salud, se debe tener en cuenta que todas las naves para más de 100 pasajeros y en travesías de más de tres días de duración cuentan obligatoriamente con médico y enfermero, lo que es una garantía adicional, si bien este servicio no siempre es gratuito.

Cuando se viaja en avión

En los viajes en avión, sobre todo cuando es preciso hacer escalas y cambio de aeronaves, es frecuente que se produzcan retrasos. Por eso es en este tipo de transporte donde más corrientemente pueden encontrarse situaciones no previstas ni programadas, tales como tener que esperar largas horas en un aeropuerto que ya haya cerrado sus bares o restaurantes, caminar –cuando no correr- largas distancias hasta una puerta de embarque, etc. Por ello, disponer de un equipo de medición de glucemia (glucómetro o medidor continuo de glucosa) en situaciones como ésta es importantísimo para saber cómo se encuentra el control metabólico y, ante cualquier alteración, tomar las medidas oportunas. Por esta razón, es importante llevar una provisión adecuada de agua para hidratarse y de azúcar, refrescos o zumos para combatir rápidamente una hipoglucemia (ver el apartado *Cómo se previene y se trata una hipoglucemia*).

En el apartado *Qué llevar* hemos indicado la necesidad de que todo el material para el tratamiento y cuidado de su salud se disponga siempre a mano. En los viajes en avión esta recomendación es fundamental, ya que muchos de los materiales y fármacos se podrían dañar si en lugar de llevarlos en la cabina se envían a la bodega del avión. El transporte en la bodega, además del riesgo de extravío, entraña el problema adicional de que las bajas temperaturas que allí se alcanzan puedan congelar y, con ello, alterar o inactivar sus medicamentos, muy particularmente –como antes hemos señalado- en el caso de la insulina.

Como es sabido, la presión ambiental dentro de la cabina del avión sufre variaciones a lo largo del vuelo. Este hecho puede llevar a que en algunos líquidos, al ascender el avión se formen burbujas y al descender desaparezcan. Cuando esto ocurre en la insulina contenida en plumas de inyección o en los reservorios de los infusores continuos de insulina, las dosis que se dispensan pueden no ser las correctas. En algunos infusores continuos, se ha comprobado que al ascender el avión y disminuir la presión de la cabina unos 200 mmHg, las burbujas que eventualmente pudieran formarse en el reservorio

podrían impulsar la liberación de una cantidad extra de insulina. Inversamente, al descender el avión, la retracción de las burbujas haría que disminuyera la dosis de insulina administrada. Por ello, los usuarios de infusores continuos de insulina deben informarse antes de viajar sobre cómo proceder según el tipo de dispositivo que estén utilizando. En muchos casos, se recomienda desconectar los infusores continuos de insulina durante el viaje en avión y sustituirlos por un tratamiento con plumas de insulina basal y de acción rápida.

En cuanto al transporte de material sanitario en la cabina del avión, la página Web de AENA (Aeropuertos Españoles y Navegación Aérea) incluye un apartado que concierne directamente a las normas que se exigen cumplir. El siguiente texto reproduce las recomendaciones íntegras de dicha página.

Recomendaciones de AENA (Aeropuertos Españoles y Navegación Aérea) para el transporte de medicamentos

<http://www.aena.es/es/pasajeros/medicamentos.html>

La normativa en vigor permite viajar desde cualquier aeropuerto de la Unión Europea con medicamentos. Se recomienda llevarlos en el equipaje de mano y acompañados de su receta o la prescripción médica correspondiente. Los medicamentos líquidos están exentos de las restricciones que afectan al transporte de líquidos en el equipaje de mano, siempre que su uso sea necesario durante el viaje (vuelo de ida, estancia, vuelo de regreso). Deberás, para ello, presentar la medicación separadamente en el control de seguridad, fuera de la bolsa transparente que se requiere para los otros líquidos. En el control se te podrá pedir prueba de autenticidad. Se recomienda, asimismo, que, en la medida de lo posible, lleves contigo la receta médica o justificación de tu condición particular. Si necesitas transportar otros utensilios médicos (jeringuillas para diabéticos, aparatos medidores, etc.), debes avisar previamente a tu compañía aérea, que te informará del procedimiento a seguir. Si el material médico pudiera catalogarse como artículo prohibido en el equipaje de mano (por ejemplo, agujas) se permitirá su acceso siempre que acredites convenientemente la necesidad de su uso en el control de seguridad. Si vas a viajar a un país fuera de la Unión Europea, te recomendamos que consultes las condiciones de entrada de medicamentos con tu compañía aérea.

2. Viajar con diabetes

Cuando se viaje a los Estados Unidos de Norteamérica se deben seguir las especificaciones de la Administración de Seguridad de Transportes de ese país, que son muy similares a las europeas y pueden consultarse en su página Web (<http://blog.tsa.gov/2014/04/tsa-travel-tips-travelers-with-diabetes.html>). Cuando los viajes en avión son prolongados y atraviesan diferentes husos horarios (es decir que se dirigen de este a oeste, o bien de oeste a este) pueden necesitar ajustes especiales del tratamiento. Ello se debe a que por el cambio de hora entre el lugar de origen del vuelo y el de destino, en los viajes hacia el oeste es como si el día tuviera más de 24 horas, en tanto que en los viajes hacia el este ocurre lo contrario. Particularmente en las personas tratadas con insulina esta situación requiere ajustes en el tratamiento, ya que al viajar al oeste seguramente será necesario recibir algunas unidades más de insulina, mientras que en viajes al este los requerimientos de ese día podrán ser menores. Por eso es tan importante que si tiene previsto un viaje de este tipo consulte con el equipo sanitario para informarse sobre cómo debe adecuar en su caso el tratamiento.

Cómo se previene y se trata una hipoglucemia

Aunque siempre existe un cierto riesgo de que la diabetes se descontrola, en los viajes esto es aún más probable debido a que los cambios en los horarios y las variaciones en la alimentación y la actividad física pueden hacer que la glucemia suba o baje más de la cuenta. De todos estos riesgos, el más importante por su gravedad y porque su tratamiento deja poco margen de tiempo para resolverlo, es la hipoglucemia. Por ello le dedicaremos un apartado especial.

Se llama hipoglucemia cuando la concentración de glucosa de la sangre desciende por debajo de 70 mg/dl. Se habla de hipoglucemia grave cuando la glucemia está por debajo de 56 mg/dl o produce síntomas que impiden a quien la sufre arreglarse por sí mismo, necesitando el auxilio de otras personas para resolverla. Es muy importante reconocer y tratar un episodio de hipoglucemia, pero quizás más importante aún es saber cómo prevenirla para que no haya necesidad de llegar a tener que tratarla.

Antes que nada, hemos de decir que no todas las personas con diabetes están sometidas al mismo riesgo de hipoglucemia, ya que éste es mayor en quienes se inyectan insulina o toman un tipo de comprimidos que genéricamente se conocen como sulfonilureas (ejemplo: gliclacida, glimepirida).

Hay algunas normas generales para prevenir un episodio de hipoglucemia. En la siguiente tabla se describen las más importantes.

Cómo prevenir la hipoglucemia, especialmente en personas tratadas con insulina o con sulfonilureas

- Cumplir bien el tratamiento, tomando la medicación a la hora indicada, no retrasando el horario de las comidas y respetando todo el contenido en hidratos de carbono de las mismas.
- Ante una actividad física programada (caminata, paseo por la playa, recorrido turístico) disminuir preventivamente la dosis de insulina según lo que su médico haya indicado para tales casos.
- Medir la glucemia antes de emprender una actividad física de cierta entidad -haya sido o no programada- y, si ésta es cercana a 70-90 mg/dl, tomar algún alimento del tipo fruta, yogur o pequeño bocadillo antes de iniciarla.
- Si la actividad se prolongara por más de una o dos horas, repetir la medición de la glucemia y valorar la necesidad de un tentempié extra.
- Cuando no se pueda alimentar por la presencia de vómitos, afecciones de la boca, etc. deberá ajustar a la baja la dosis de insulina según las indicaciones que previamente le haya dado su médico.

Los principales síntomas que ayudan a reconocer precozmente una hipoglucemia son los siguientes.

Cuáles son los primeros síntomas de hipoglucemia

- Hambre
- Irritabilidad
- Sensación de hormigueo alrededor de la boca
- Alteraciones de los latidos del corazón
- Respiración agitada
- Palidez
- Temblores
- Ansiedad
- Sudoración
- Llanto durante el sueño

2. Viajar con diabetes

Cuando la hipoglucemia progresa aparecen síntomas más serios, como desorientación, alteraciones del comportamiento, dificultad para escribir y articular las palabras o visión borrosa. Cuando sigue avanzando se puede perder el conocimiento y/o presentar convulsiones. Si la hipoglucemia no se resuelve llega a poner en peligro la vida o a producir lesiones que, aunque la hipoglucemia se resuelva, pueden dejar lesiones definitivas. Por ello, en cuanto se detecta una hipoglucemia es imprescindible actuar lo más rápidamente posible.

Cuando una hipoglucemia se produce durmiendo por la noche, es frecuente que provoque pesadillas, sudoración, agitación (que puede ser detectada por otra persona que duerma en el cuarto) o dolor de cabeza al despertar. Ante cualquiera de estos síntomas habrá que medir la glucemia y, si se trata de una hipoglucemia, proceder a su tratamiento inmediato y a un ajuste del tratamiento para evitar que vuelva a ocurrir.

Ante una hipoglucemia, la forma de actuar difiere según que la persona afectada se encuentre consciente o que, por el contrario, haya perdido la capacidad de corregirla debido a que ésta, por su intensidad, haya provocado una pérdida del conocimiento. En el primer caso –persona consciente y con capacidad de tratarse por sí misma– se aplica la llamada **regla del 15**, que consiste en tomar 15 gramos de hidratos de carbono que se asimilen muy rápidamente (como un vaso de agua con 2 o 3 sobres de azúcar, 150 gramos de un refresco tipo cola, un vaso de zumo natural de fruta, una cucharada grande de miel, glucosa en solución o gel [1 sobre de Gluc Up®, DiaBalance Expert®] glucosa en pastillas [GlucSport®], 6-8 gominolas, etc.) y medir la glucemia a los 10-15 minutos; si el resultado no supera los 70 mg/dl, se repetirá la ingestión del hidrato de carbono volviéndose a medir la glucemia y repitiendo la ingestión del hidrato de carbono cada 10-15 minutos hasta lograr que la glucemia sobrepase los 70 mg/dl. Si no se dispone de un medio para medir la glucemia, igualmente se aplicará la regla del 15 hasta que los síntomas hayan desaparecido por completo. Una vez conseguido el objetivo de que la glucemia supere los 70 mg/dl (o bien los síntomas hayan cesado), se deberán tomar galletas u otro hidrato de carbono de asimilación lenta para mantener la glucemia normalizada y que no vuelva a bajar. La medición de la glucemia a intervalos de unas dos horas tras el episodio ayudará a saber si son necesarios nuevos suplementos azucarados.

En las personas tratadas con un medicamento que en su composición contiene acarbosa, la hipoglucemia puede no responder a la administración de azúcar, siendo en estos casos recomendable utilizar un suplemento que contenga glucosa (glucosa en solución o gel [1 sobre de Gluc Up®, DiaBalance Expert®] glucosa en pastillas [GlucSport®]).

Cómo actuar ante una hipoglucemia sin pérdida de consciencia

TOMAR 15 GRAMOS DE HIDRATOS DE CARBONO DE ABSORCIÓN RÁPIDA

Ejemplos: un vaso de agua con 2 o 3 sobres de azúcar, 150 gramos de un refresco tipo cola, un vaso natural de fruta, una cucharada grande de miel, glucosa en solución o gel [1 sobre de Gluc Up®, DiaBalance Expert®] glucosa en pastillas [GlucoSport®], 6-8 gominolas.

MEDIR LA GLUCEMIA

Si la glucemia es inferior a 70 mg/dl

Volver a tomar 15 gramos de hidratos de carbono y medir la glucemia a los 15 minutos

Repetir este procedimiento cada 15 minutos hasta que la glucemia supere los 70 mg/dl

Si la glucemia es superior a 70 mg/dl

Tomar fruta, yogur o una barrita alimenticia y medir la glucemia cada más o menos 2 horas para asegurarse que no vuelve a bajar

En el segundo escenario que planteábamos más arriba -hipoglucemia acompañada de pérdida de consciencia- se debe contar con asistencia sanitaria urgente y, si se dispone de glucagón (GlucaGen Hypokit®), alguna persona presente en el lugar debe proceder inmediatamente a inyectarla por vía intramuscular o subcutánea. Este medicamento produce un aumento de la glucemia poco duradero pero generalmente suficiente para recuperar la consciencia durante algunos minutos. Es en este momento cuando se debe aprovechar para actuar como hemos indicado anteriormente en referencia a la persona consciente con hipoglucemia, tomando por boca hidratos de carbono de asimilación rápida según la *regla del 15*; ante la posibilidad de que la glucemia hubiera bajado de forma extrema, inicialmente se puede tomar algo más de 15 gramos y con mayor frecuencia que la indicada anteriormente para evitar así que la glucemia vuelva a bajar y a producir un nuevo episodio de pérdida de consciencia.

2. Viajar con diabetes

Cómo actuar ante una hipoglucemia con pérdida de consciencia

Administrar una inyección de GlucaGen® Hypokit por vía subcutánea o intramuscular



En cuanto se recupere la consciencia actuar como se ha indicado en *Cómo actuar ante una hipoglucemia sin pérdida de consciencia*

BIBLIOGRAFÍA

Diabetes y viajes. Fundación Io. <http://fundacionio.org/viajar/otros/diabetes.html>

Viajar al Extranjero con Medicamentos. Geosalud. <https://www.geosalud.com/saludviajero/viajarmed.htm>

Tarjeta Sanitaria Europea. Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social. www.seg-social.es

Tarjeta Sanitaria Europea. Fundación Io. [Viajarseguro.org.
http://fundacionio.org/viajar/otros/tarjeta%20sanitaria%20europea.html](http://fundacionio.org/viajar/otros/tarjeta%20sanitaria%20europea.html)

Administración de Seguridad de Transportes (USA):
<http://blog.tsa.gov/2014/04/tsa-travel-tips-travelers-with-diabetes.html>

Salud y viajes. Asociación de Médicos de Sanidad Exterior (AMSE) <https://www.amse.es/informacion-salud-y-viajes/846-viajeros-con-diabetes>

Suresh R, Pavela J, Mathers C, Belalcazar LM. Abstract 281. Addressing Diabetes Management During Air Travel Crossing Multiple Time Zones. AACE 25th Annual Scientific & Clinical Congress; Mayo 25-29, 2016; Orlando, FL.

Isidoro Dujovne Kohan. Viajar en avión con diabetes. Diabetes 2017 (46) 10-13.
<http://www.revistadiabetes.org/46/files/assets/basic-html/page-18.html#>

Bruce R. King, Peter W. Goss, Megan A. Paterson, Patricia A. Crock, Donald G. Anderson. Changes in Altitude Cause Unintended Insulin Delivery From Insulin Pumps. Mechanisms and implications. Diabetes Care 2011 Sep; 34(9): 1932-1933. <http://care.diabetesjournals.org/content/34/9/1932>

Jordan E Pinsker, Erik Becker, C Becket Mahnke, Michael Ching, Noelle S Larson, Daniel Roy. Extensive clinical experience: a simple guide to basal insulin adjustments for long-distance travel. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders 2013, 12:59. <http://www.jdmdonline.com/content/12/1/59>

Subbulaxmi Trikudanathan, Irl B. Hirsch. Diabetes Management "UP IN THE AIR": it's time for consensus. Endocr Pract. 2018;24(No. 6) 599-601

Proceso Asistencial Integrado (PAI) para Hipoglucemias en personas con Diabetes tipo 2.
<http://www.sediabetes.org/publicaciones/guias.aspx>

Hipoglucemia. Mayo Clinic.
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hypoglycemia/symptoms-causes/syc-20373685>

ANEXO

INFORME MÉDICO / MEDICAL REPORT

Nombre y apellidos / Name and surname

Fecha de nacimiento / Date of Birth

Fecha de diagnóstico de la diabetes / Date of Diabetes Diagnosis

Tipo de diabetes / Type of Diabetes

Complicaciones de la diabetes / Diabetic complications

- Retinopatía / Retinopathy
- Enfermedad renal diabética / Diabetic renal disease
- Neuropatía periférica / Peripheral neuropathy
- Neuropatía autonómica / Autonomic neuropathy

Otras enfermedades / Other relevant conditions

Tratamiento habitual / Usual treatment

El paciente precisa transportar / The patient should carry

- medidor de glucosa y lancetas / glucometer and lancets
- insulina y agujas / insulin and needles
- glucagón / glucagon
- alimentos o bebidas con carbohidratos / food or drinks with carbohydrates
- infusor de insulina / insulin pump
- otros / other

Recomendaciones específicas / Specific recommendations

Médico / Physician

Teléfono / Telephone number +34

Correo electrónico / e-mail

Firma / Signature

2. Viajar con diabetes

Preparar el viaje

Lo primero:

- Visitar a su equipo sanitario médico-enfermero antes del viaje.

Tener en cuenta:

- Medio de transporte: coche, moto, bicicleta, tren, barco, avión.
- Sitio al que se viaja: campo, ciudad, zonas con riesgos de enfermedades, playa, montaña, etc.
- Atención sanitaria: acceso a medicinas, hospitales, centros de urgencias.
- Previsión de enfermedades: vacunas, quimioprofilaxis, productos antisolares, cuidado de la piel y de los pies, prevención y tratamiento de la diarrea del viajero.



Informe médico

- Alergias e intolerancias alimentarias.
- Todas las enfermedades que padece (no sólo la diabetes).
- Tratamiento (medicamentos, instrumentos de medición de la glucemia y/o infusor continuo de insulina, agujas, lancetas), líquidos azucarados y bebidas isotónicas.
- Datos de contacto de familiares y del médico que le trata.
- **Incluir traducción al inglés o a la lengua del país al que se viaje.**



Botiquín de viaje

- Medicación habitual, incluyendo prospectos.
- Si utiliza infusor continuo de insulina, llevar plumas de insulina basal y de acción rápida por si el infusor llegara a fallar.
- Glucagón (GlucaGen® Hypokit).
- Medidor de glucosa, tiras, lancetas y baterías de repuesto.
- Tiras reactivas para medir acetona en sangre o en orina.
- Sensores, en caso de utilizar monitorización continua de la glucosa.



- Alimentos que contengan hidratos de carbono de absorción rápida (zumos, gominolas, glucosa en comprimidos, líquida o geles, bebidas azucaradas) y lenta (galletas, barritas).
- Agua y/o bebidas isotónicas.
- Tarjeta Sanitaria Europea y/o copia de la póliza del seguro de viaje.
- Material para realizar pequeñas curas (vendajes, tiritas, antiséptico, esparadrapo), sobre todo ante la eventualidad de cortes, heridas o rozaduras en los pies.
- Llevar siempre las medicinas y dispositivos de control consigo. Nunca dejar que las medicinas viajen en la bodega de un avión. Respetar los límites de temperatura para conservar los medicamentos.
- Hoja con el siguiente texto:



**Tengo diabetes.
Por favor llame
a un médico**

**Por favor,
necesito un
zumo de frutas**



**I have diabetes.
Please call a
doctor**

**Please, I need
sugar or fruit
juice**



**J'ai le diabète.
S'il vous plaît
appelez un
médecin**

**S'il vous plaît,
j'ai besoin de
sucre ou de jus
de fruits**



**Ich habe
Diabetes.
Bitte rufen Sie
einen Arzt**

**Bitte, ich
brauche Zucker
oder Fruchtsaft**

2. Viajar con diabetes

Evitar hipoglucemias



Prevención:

- Cumplir bien el tratamiento, tomar la medicación a la hora indicada, no retrasar el horario de las comidas y respetar todo el contenido en hidratos de carbono.
- Ante una actividad física programada (caminata, paseo por la playa, recorrido turístico) disminuir preventivamente la dosis de insulina según lo que su médico haya indicado.
- Medir la glucemia antes de emprender una actividad física y, si ésta es cercana a 70-90 mg/dl, tomar algún alimento del tipo fruta, yogur o pequeño bocadillo antes de iniciarla.
- Si la actividad se prolongara más de 1-2 horas, volver a medir glucemia y valorar necesidad de un tentempié extra.

Síntomas de hipoglucemia:



Hambre



Irritabilidad o alteraciones de la conducta



Sensación de hormigueo alrededor de la boca



Alteraciones de los latidos del corazón



Respiración agitada



Palidez



Temblores



Ansiedad



Sudoración



Si progresa: mareos, confusión, pérdida del conocimiento, riesgo para la vida

Cómo actuar ante una hipoglucemia sin pérdida de consciencia

TOMAR 15 GRAMOS DE HIDRATOS DE CARBONO DE ABSORCIÓN RÁPIDA

Ejemplos: un vaso de agua con 2 o 3 sobres de azúcar, 150 gramos de un refresco tipo cola, un vaso natural de fruta, una cucharada grande de miel, glucosa en solución o gel [1 sobre de Gluc Up®, DiaBalance Expert®] glucosa en pastillas [Glucosport®], 6-8 gominolas.

MEDIR LA GLUCEMIA

Si la glucemia es inferior a 70 mg/dl

Volver a tomar 15 gramos de hidratos de carbono y medir la glucemia a los 15 minutos

Repetir este procedimiento cada 15 minutos hasta que la glucemia supere los 70 mg/dl

Si la glucemia es superior a 70 mg/dl

Tomar fruta, yogur o una barrita alimenticia y medir la glucemia cada más o menos 2 horas para asegurarse que no vuelve a bajar

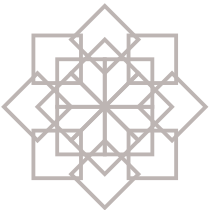
Cómo actuar ante una hipoglucemia con pérdida de consciencia

Administrar una inyección de GlucaGen® Hypokit por vía subcutánea o intramuscular

En cuanto se recupere la consciencia actuar como se ha indicado en *Cómo actuar ante una hipoglucemia sin pérdida de consciencia*

3

GUÍA PARA EL MES DE RAMADÁN



Autor: Isidoro Luis Dujovne Kohan

3. Guía para el mes de Ramadán

¿Por qué la diabetes necesita un cuidado especial en Ramadán?

En Ramadán, la comunidad islámica cumple unas normas religiosas que modifican profundamente los horarios y pautas de alimentación y, en cierta medida, la actividad física. Lo que más incide con respecto al cuidado de la diabetes es que durante las horas del día se ayuna y por la noche se ingiere abundante cantidad de alimento que resulta ser bastante diferente al que habitualmente se consume. Como el tratamiento de esta enfermedad está íntimamente ligado a la alimentación y al ejercicio, una persona con diabetes que decida cumplir con los preceptos del Ramadán deberá adaptar su plan de tratamiento y cuidados a estas circunstancias y evitar así la aparición de complicaciones tanto durante el día como por la noche.

La **Federación Internacional de Diabetes (IDF)** y el grupo internacional **Diabetes y Ramadán (RAD)** han reunido un comité de expertos compuesto por autoridades científicas y miembros de la confesión musulmana de Egipto para elaborar unas guías que permitan que el cumplimiento del Ramadán sea seguro para las personas con diabetes y que exista la mejor armonía posible entre los consejos médicos y el asesoramiento religioso.

Conscientes del alto número de personas que componen la comunidad islámica en España (en torno a 2 millones de personas), el Grupo de Trabajo de Educación Terapéutica de la **Sociedad Española de Diabetes** -basándose en las guías mencionadas, en estudios científicos sobre el control de la diabetes en Ramadán y en la propia experiencia de sus miembros en el cuidado de pacientes musulmanes con diabetes- ha elaborado este folleto dirigido a ayudar a quienes cumplen con estos preceptos religiosos.

¿Cuáles son los riesgos para las personas con diabetes durante las horas del día?

En Ramadán se mantiene un ayuno total de sólidos y de líquidos desde la salida hasta la puesta del sol y sólo se consumen alimentos por la noche.

Antes del amanecer se inicia el día con un desayuno abundante, el **Suhoor**, que debería proveer energía duradera para permitir mantenerse hasta la noche sin consumir ningún tipo de alimento ni tomar líquidos. Como esta toma de comida suele ser bastante abundante, en personas con diabetes puede llevar a un aumento de la glucosa en la sangre (hiperglucemia) en estas primeras horas del día. A partir de aproximadamente media-mañana o el mediodía, el ayuno total que sigue al **Suhoor** puede provocar una caída del azúcar en la sangre con un alto riesgo de que se produzca una hipoglucemia que pueda poner en riesgo la vida. Según el estudio **Epidemiología de la Diabetes y**

Ramadán (EPIDIAR), el riesgo de hipoglucemia en Ramadán llega a ser 5 a 7,5 veces mayor que el riesgo que existe fuera de estas fechas.

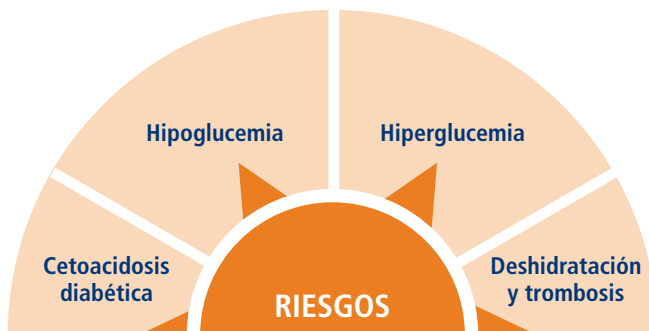
El ayuno de líquidos durante el día favorece una pérdida de agua (deshidratación) que también podría comprometer la salud, entre otras cosas porque puede llevar a un descenso de la presión arterial, con riesgo de desvanecimiento o síncope y de lesiones debido a caídas por estas causas. Esta deshidratación se incrementa todavía más por la transpiración cuando el Ramadán se celebra en zonas de climas cálidos. Otra consecuencia que se asocia a la deshidratación es la posibilidad de favorecer la producción de trombosis.

Por otra parte, el hecho de que durante el ayuno no se tomen hidratos de carbono (azúcares) facilita que ocurra una situación grave que se conoce como acidosis metabólica y que puede precipitar un coma diabético.

En conclusión, como consecuencia de los cambios en la alimentación, durante las horas de sol pueden producirse problemas en la salud tanto por disminución como por aumento del azúcar en la sangre (hipoglucemia e hiperglucemia), al tiempo que también la salud se compromete porque aumenta el riesgo de cetoacidosis y coma diabético y por el riesgo de bajada de la presión arterial y caídas por desvanecimiento.

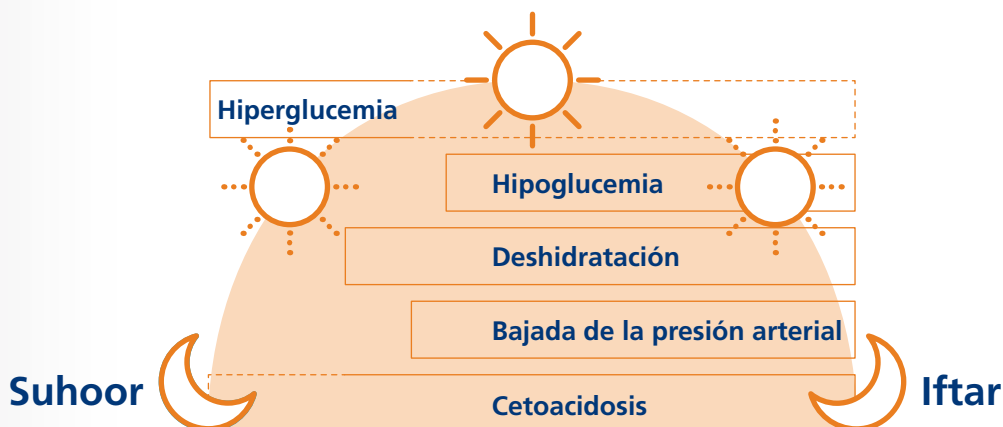
Las siguientes figuras resumen los posibles riesgos del ayuno y las horas del día en las que existe mayor probabilidad de que ocurra alguna de las complicaciones que hemos referido.

Ramadán: riesgos asociados con el ayuno en personas con diabetes



3. Guía para el mes de Ramadán

Ramadán: complicaciones más frecuentes según las horas del día

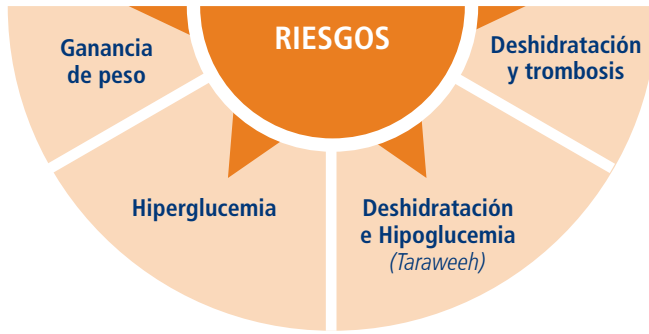


¿Cuáles son los riesgos durante las horas de la noche?

Al caer el sol, cuando se interrumpe el ayuno y comienza el **iftar**, es común que se tomen dátiles acompañados de agua o leche y que, a continuación, prosiga la toma de alimentos, muchos de ellos muy ricos en azúcares refinados y en grasas. Esta costumbre hace que aumente la glucosa en la sangre y el número de calorías consumidas, por lo que las personas con diabetes deben ser cuidadosas en las cantidades de comida para no ganar peso ni entorpecer el control metabólico, ya que ello podría favorecer la presentación de hiperglucemia y cetoacidosis diabética.

Más tarde, durante las oraciones nocturnas (**Tarawih**), que suelen durar en torno a 1 a 2 horas, se desarrolla una actividad física muy intensa, que incluye tener que inclinarse, arrodillarse y levantarse repetidamente, lo que puede acarrear un riesgo de deshidratación e hipoglucemia. Conviene entonces beber agua y medir la glucemia y, si se comprueba que está bajando demasiado, se debe tomar preventivamente algún tipo de azúcar (gominolas, miel, caramelos, refrescos con azúcar, etc).

Ramadán: riesgos posibles durante la noche en personas con diabetes



¿Es obligatorio el ayuno?

Según los preceptos islámicos, el ayuno es un deber que debe cumplir todo musulmán adulto, sano de juicio, saludable y que no esté viajando. Según señalan las autoridades religiosas, el Corán establece claramente que si por alguna razón el ayuno no puede llevarse a cabo, es posible hacerlo o completarlo en otro momento, ya que *"Alá tiene la intención de hacerte las cosas fáciles y no ponerte en dificultades"* (Corán. 2:183-5). Entre las excepciones al cumplimiento del ayuno, se pueden citar los siguientes casos:

- Niños.
- Personas que están viajando.
- Mujeres durante la menstruación.
- Mujeres embarazadas.
- Mujeres que se están recuperando tras haber dado a luz.
- Ancianos débiles.
- Enfermos en general.

En las personas con diabetes, el consejo de llevar a cabo o no el ayuno se debe evaluar según el riesgo que presente cada persona (ver más adelante).

3. Guía para el mes de Ramadán

¿Cómo proceder para hacer el ayuno sin correr riesgos innecesarios?

Lo primero que debe hacerse es consultar con los profesionales sanitarios al menos uno o dos meses *antes* del comienzo del Ramadán para que ellos den las indicaciones adecuadas y enseñen la forma de cuidarse y de prevenir y tratar cualquier posible complicación. El estudio **READ** demostró que las personas que participaron en un programa de educación para el manejo de la diabetes en Ramadán evitaron el aumento del peso corporal, presentaron menos episodios de hipoglucemia y, en comparación con las personas que no siguieron el programa, sus controles se conservaron mejor incluso hasta un año después del Ramadán. El médico es el responsable de ajustar la medicación para los días de ayuno y, junto al educador de enfermería, fijará las pautas de cuidado y control. Entre las medidas a llevar a cabo, destacan las que se indican a continuación.

- **Monitorizar los niveles de glucosa en sangre** (esta práctica está permitida por la religión, según opinión de los expertos islamistas que intervinieron en los consensos mencionados al principio de este folleto). En el programa educativo ***Ramadan Prospective Diabetes Study***, la monitorización regular de la glucemia, junto al consejo dietético y a la adecuación de dosis y horarios de la medicación antidiabética, permitieron a los pacientes ayunar sin presentar mayores complicaciones.
- **Incluir en la dieta alimentos ricos en hidratos de carbono no refinados** (evitando el exceso de azúcares, miel, etc.) e ingerir abundante cantidad de agua antes de las oraciones. Durante las oraciones nocturnas de ***Tarawih*** es útil disponer de algunos hidratos de carbono de liberación rápida, tal como lo hemos indicado unos párrafos más atrás, para combatir la posible presentación de una hipoglucemia.
- **Conocer los síntomas y saber cuándo debe interrumpirse el ayuno.** El ayuno se debe interrumpir si la glucemia baja de 70 mg/dl, si aparecen síntomas de hipoglucemia o hiperglucemia o si la persona nota cualquier síntoma extraño que sugiera algún problema de salud. En las siguientes tablas se indica cuándo suspender el ayuno y los síntomas más característicos que pueden presentarse.

Cuándo suspender el ayuno

- **Si la glucemia es menor de 70 mg/dl.**
Si la glucemia está entre 79 y 90 mg/dl volver a medir pasada 1 hora.
- **Si la glucemia es mayor de 300 mg/dl.**
Esta es una cifra orientativa que depende de lo que le haya indicado su médico.
- **Si presenta síntomas de hipoglucemia, hiperglucemia, deshidratación o se siente mal por cualquier otra causa.**

Síntomas más importantes para suspender el ayuno

Hipoglucemia (azúcar bajo en la sangre)	Hiperglucemia (azúcar alto en la sangre)	Deshidratación (pérdida importante de líquido)
<ul style="list-style-type: none"> • Temblor • Sudor • Tiritona • Palpitaciones • Hambre • Estado mental alterado • Confusión • Dolor de cabeza 	<ul style="list-style-type: none"> • Sed • Orinar mucho • Fatiga • Confusión • Náuseas • Vómitos • Dolor de tripa 	<ul style="list-style-type: none"> • Sed • Boca seca y pegajosa • Piel seca • No orinar • Ojos hundidos • Dolor de cabeza • Mareo y aturdimiento • Palpitaciones

- **Conocer cómo tratar un episodio de hipoglucemia.** Cuando se detecta una hipoglucemia es imprescindible actuar lo más rápido posible. Si la persona está consciente, se aplica la llamada **regla del 15**, que consiste en tomar 15 gramos de un hidrato de carbono que se asimile muy rápidamente (como un vaso de agua con 2 o 3 sobres de azúcar, 150 gramos de un refresco tipo cola, un vaso de zumo natural de fruta, una cucharada grande de miel, glucosa en solución o gel [1 sobre de Gluc Up®, DiaBalance Expert®] glucosa en pastillas [GlucoSport®], 6-8 gominolas, etc) y medir la glucemia a los 10-15 minutos; si el

3. Guía para el mes de Ramadán

resultado no supera los 70 mg/dl, se repetirá la ingestión del hidrato de carbono volviéndose a medir la glucemia y repitiendo la ingestión de hidrato de carbono cada 10-15 minutos hasta lograr que la glucemia sobrepase los 70 mg/dl. Cuando se haya conseguido este objetivo, se deberá tomar galletas, fruta u otro hidrato de carbono de asimilación lenta para mantener la glucemia normalizada y que no vuelva a bajar.

Si la hipoglucemia se acompaña de pérdida de consciencia se debe pedir asistencia sanitaria urgente y, si se dispone de glucagón (Glucagen® Hypokit), se debe proceder inmediatamente a su inyección intramuscular o subcutánea.

¿Cómo se valora el riesgo para ayunar en Ramadán teniendo diabetes?

Para poder cumplir el ayuno, los profesionales sanitarios valorarán el riesgo de cada persona teniendo en cuenta los siguientes factores:

- Tipo de diabetes.
- Tipo de medicamentos que toma.
- Riesgo de hipoglucemia.
- Complicaciones de la diabetes y otras enfermedades.
- Circunstancias individuales sociales y de trabajo.
- Experiencias previas en Ramadán.
- Capacidad para prevenir complicaciones, reconocer síntomas de alarma y saber tomar las medidas correctoras en cada caso.

En base a todos estos datos, las guías de consenso RAD sobre diabetes y Ramadán establecen que el plan para cada paciente debe ser personalizado pero, por motivos prácticos, establecen 3 categorías según el riesgo y determinan qué tipo de cuidados y adaptaciones del tratamiento deberán hacerse en cada caso.

- Categoría 1 → Riesgo muy alto.
- Categoría 2 → Riesgo alto.
- Categoría 3 → Riesgo bajo.

Categoría 1 → Riesgo muy alto.

Incluye a las personas que cumplan una o más de las siguientes condiciones.

- Haber presentado episodios de hipoglucemia grave, cetoacidosis o coma hiperosmolar en los 3 meses previos.
- Antecedentes de hipoglucemia muy frecuentes o que la persona haya tardado mucho en darse cuenta que tenía una hipoglucemia.
- Diabetes tipo 1 mal controlada.
- Embarazo o diabetes gestacional tratada con insulina o con unas pastillas que tengan un riesgo relativamente alto de producir hipoglucemia (grupo de las sulfonilureas).
- Estar en diálisis o presentar enfermedad renal crónica en estado avanzado (estadio 4 o 5).
- Presentar enfermedades de las arterias como enfermedad coronaria, ictus, etc.
- Personas ancianas con problemas de salud.

Categoría 2 → Riesgo alto.

Se incluye a las personas que cumplan una o más de las siguientes condiciones:

- Diabetes tipo 2 con mal control.
- Diabetes tipo 1 independientemente de que tengan buen o mal control.
- Diabetes tipo 2 bien controlada con varias dosis de insulina o insulina premezclada.
- Embarazadas con diabetes tipo 2 o diabetes gestacional controladas con dieta sola o metformina.
- Enfermedad renal crónica en estadio 3.
- Personas con complicaciones estables de las arterias.
- Otras enfermedades aparte de la diabetes que añadan factores de riesgo.
- Personas con diabetes que hacen trabajo físico intenso.
- Medicación que pueda afectar los procesos mentales.

Categoría 3 → Riesgo bajo/moderado.

Las personas con menor riesgo para ayunar son las que tienen diabetes tipo 2, están bien controladas y reciben tratamiento solamente con dieta o las que además de la dieta sólo toman medicamentos con bajo riesgo de producir hipoglucemia. Los medicamentos más seguros –y por lo tanto con menor riesgo de provocar hipoglucemia– son la metformina, acarbosa, pioglitazona y los fármacos de los grupos de las llamadas incretinas (inhibidores de DPP-4 o los agonistas del receptor de GLP-1)

3. Guía para el mes de Ramadán

y los inhibidores de SGLT-2. Los pacientes que reciben sulfonilureas (como glimepirida o gliclazida) o los que se inyectan insulina basal tienen un riesgo algo mayor ante el ayuno, pero aún así podrían hacerlo con bastante seguridad si han recibido una buena educación terapéutica y saben cómo controlarse.

Las personas que toman inhibidores de SGLT-2 deben beber abundante agua y evitar la transpiración excesiva porque estos medicamentos en presencia de hiperglucemia pueden provocar una importante pérdida de agua con el consiguiente riesgo de deshidratación.

¿Qué cuidados debe seguir una persona con diabetes para poder cumplir el ayuno de Ramadán?

Los cuidados dependen del grupo de riesgo. A continuación se describe lo aconsejado por las guías **RAD**.

Cuidados especiales para las personas de categoría 1 (riesgo muy alto) y categoría 2 (riesgo alto) que decidan ayunar.

Las personas para quienes el ayuno supone un alto riesgo para la salud podrían no ayunar o posponer el ayuno para otro momento en el que se encuentren en mejores condiciones para hacerlo. Si aún así se está dispuesto a intentar cumplir el ayuno, es necesario que tanto el paciente como sus familiares aprendan y sigan cuidadosamente las instrucciones de los profesionales para disponer de la capacidad suficiente de prevenir y reconocer a tiempo cualquier posible complicación, como así también poseer la necesaria habilidad para llevar a cabo las medidas correctoras que correspondan.

Condiciones para pacientes de riesgo alto o muy alto que insistan en ayunar

- Recibir educación terapéutica.
- Tener seguimiento por un equipo de profesionales sanitarios cualificado en diabetes.
- Medir regularmente la glucemia capilar y saber interpretar sus resultados.
- Saber cómo ajustar la medicación.
- Interrumpir temporalmente el ayuno en caso de hipoglucemia o hiperglucemia.
- Abandonar totalmente el ayuno en caso de hipoglucemia o hiperglucemia frecuente o empeoramiento de otros problemas médicos.

Cuidados especiales para las personas de categoría 3 (riesgo bajo/moderado)

Condiciones para pacientes de riesgo bajo/moderado

- Recibir educación terapéutica.
- Medir regularmente la glucemia capilar.
- Ajustar la medicación según le haya sido indicado.

¿Se puede inyectar insulina o medir la glucemia durante el ayuno?

Como el ayuno diurno es total –tanto para sólidos como para líquidos- el médico modificará el tratamiento antidiabético para concentrar la toma de medicinas durante el horario nocturno. Sin embargo, es importante señalar que según las autoridades religiosas de las guías **DAR**, la inyección de insulina no significa ruptura del ayuno, por lo que de ser necesario puede pautarse su administración en horario diurno y también puede aplicarse como dosis extra en el caso de que se presente una subida importante de la glucemia o, más aún, ante la presencia simultánea de hiperglucemia y cuerpos cetónicos en sangre u orina. Los expertos religiosos que intervinieron en los consensos antes citados señalan que la medición de la glucemia en Ramadán puede llevarse a cabo sin problemas ya que no entra en conflicto con la práctica del ayuno.

Alimentación durante el Ramadán

La alimentación ha de ser equilibrada y contener frutas, verduras, proteínas animales (carne, pollo, pescado), cereales (preferentemente integrales) y productos lácteos. Las frituras no son saludables y deberían limitarse. Esta alimentación no difiere mucho de la habitual en la diabetes y se recomienda hacerla tan simple como sea posible. Dadas las largas horas de ayuno, se deberían consumir alimentos de digestión lenta, como los que contienen fibra, cuyo efecto pueden durar hasta 8 horas, tales como cebada, avena, sémola, alubias, lentejas, harina y arroz integral, salvado, trigo, habas, guisantes, espinacas, frutas con su piel, frutos secos como las almendras, frutas desecadas como albaricoques secos, higos o ciruelas pasas (moderando su cantidad para evitar un exceso de azúcar). Se deben evitar alimentos de digestión rápida, que elevan rápido y mucho la glucemia y cuyo efecto se agota

3. Guía para el mes de Ramadán

en unas 2 a 4 horas, entre los que se encuentran los que contienen azúcar, miel, harina blanca, etc. (conocidos como carbohidratos refinados). En todo caso, estos últimos se tomarán para prevenir o tratar una bajada de la glucemia.

El **Suhoor** -la comida de antes del amanecer- debe retrasarse todo lo posible (hasta justo antes de la salida del sol) en lugar de tomarla muy de madrugada, ya que así se hará durar lo más posible el efecto de esta toma sobre la glucemia y se disminuirá el riesgo de hipoglucemia durante el resto del día.

Es importante mantener una buena hidratación bebiendo abundante agua, sobre todo a partir del **Iftar** (la primera comida tras la puesta del sol) y hasta la hora de **Suhoor**, para ayudar a mantener los niveles de líquido en el cuerpo.

Palabras finales

Ramadán es un mes sagrado en el que los musulmanes practican sus ritos y es un deber de los profesionales sanitarios –dentro de las posibilidades del ejercicio de sus funciones- proveerles de los medios que les ayuden a que lo puedan hacer.

Cumpliendo todas las pautas de cuidado que aquí se han descrito casi siempre será posible cumplir con seguridad el ayuno de Ramadán. Sin embargo, hay que tener presente que en algunos casos la diabetes se puede descontrolar, con riesgo para la salud y la vida, por lo que algunos pacientes tendrán que plantearse posponerlo o incluso llegar suprimirlo completamente. Los profesionales sanitarios son los responsables de evaluar los riesgos y los encargados de instruir a las personas con diabetes para que sepan controlarse adecuadamente. Pero para lograr un resultado exitoso es necesario que cada paciente se preocupe por aprender cómo controlar su enfermedad y asuma el compromiso de su propio cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

- International Diabetes Federation and the DAR International Alliance. Diabetes and Ramadan: Practical Guidelines. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2016. <https://www.idf.org/our-activities/advocacy-awareness/resources-and-tools/87:diabetes-and-ramadan-practical-25.html>
- Ibrahim M, Abu Al Magd M, Annabi FA on behalf of the International Group for Diabetes and Ramadan (IGDR), et al. Recommendations for management of diabetes during Ramadan: update 2015. *BMJ Open Diabetes Research and Care* 2015;3:e000108. doi: 10.1136/bmjdr-2015-000108
- Hassanein M, Belhadj M, Abdallah K, et al. Management of type 2 diabetes in Ramadan: low-ratio premix insulin working group practical advice. *Indian J Endocrinol Metab* 2014;18:794-9.
- Brady EM, et al. A randomized controlled trial comparing the GLP-1 receptor agonist liraglutide to a sulphonylurea as add on to metformin in patients with established type 2 diabetes during Ramadan: the Treat 4 Ramadan Trial. *Diabetes Obes Metab* 2014 Jun;16(6):527-36. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/dom.12249>
- M. Faruque Pathan y cols. South Asian Consensus Guideline: Use of insulin in diabetes during Ramadan. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism* 2012;16(4):499-502
- Ahmedani MY, Haque MS, Basit A, et al. Ramadan Prospective Diabetes Study: the role of drug dosage and timing alteration, active glucose monitoring and patient education. *Diabet Med* 2012;29:709-15.
- Hassanein M, Hanif W, Malik W, et al. Comparison of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor vildagliptin and the sulphonylurea gliclazide in combination with metformin, in Muslim patients with type 2 diabetes mellitus fasting during Ramadan: results of the VECTOR study. *Curr Med Res Opin* 2011;27:1367-74.
- M. Al-Arouj. Recommendations for Management of Diabetes during Ramadan. Update 2010. *Diabetes Care*, 2010, 33(8):1895-1902
- Bravis V, Hui E, Salih S, et al. Ramadan Education and Awareness in Diabetes (READ) programme for Muslims with Type 2 diabetes who fast during Ramadan. *Diabet Med* 2010;27:327-31.
- M Ibrahim y cols. Managing diabetes during Ramadan. *Diabetes Voice*. 2007, 52(2):19-22
- Salti I, Benard E, Detournay B, et al. A population-based study of diabetes and its characteristics during the fasting month of Ramadan in 13 countries: results of the epidemiology of diabetes and Ramadan. 1422/2001 (EPIDIAR) study. *Diabetes Care* 2004;27:2306-11.
- Diabetes y Ramadán RedGDPS <http://www.redgdps.org/?idregistro=466> (acceso noviembre 2018) Dujovne I. Ramadán y Viajes. Fundación Io. <http://fundacionio.org/viajar/otros/ramadan%20y%20viajes.html> (acceso noviembre 2018)

3. Guía para el mes de Ramadán

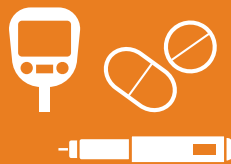
Antes de Ramadán



Acudir al médico para recibir indicaciones sobre cómo ajustar su tratamiento



Acudir al enfermero para recibir instrucciones sobre cómo cuidarse (comidas, ayuno, control del azúcar, síntomas de descontrol)



Asegurarse de tener suficiente material para medir el azúcar de la sangre (tiritas, lancetas, etc) y medicamentos

Durante Ramadán



Cumplir bien las pautas de alimentación para evitar bajadas del azúcar durante el ayuno y subidas con la cena y el desayuno



Tomar los medicamentos en las dosis y los horarios indicados para Ramadán



Tener siempre a mano los medidores de azúcar de la sangre



Si usa insulina, tenerla siempre a mano para inyectar dosis extra de insulina rápida ante el aumento del azúcar, según le haya indicado su médico

Cómo actuar ante algunos problemas frecuentes

Aumento del azúcar en la sangre y coma diabético

Cómo se reconoce



Mucha sed, orinar mucho, fatiga, confusión mental, náuseas, vómitos, dolor de tripa, deshidratación. Puede llegar a pérdida de conocimiento

Qué hacer



Beber mucha agua y tomar la medicación que se le haya indicado (inyección de insulina, etc). Si está muy afectado, acudir a urgencias

Cómo actuar ante algunos problemas frecuentes

Bajada del azúcar en la sangre

Cómo se reconoce

Qué hacer



Temblores, sudor, tiritona, palpitaciones, hambre, confusión, dolor de cabeza



Tomar un vaso de agua con 2 o 3 sobres de azúcar, un vaso de refresco tipo cola o de zumo natural de fruta, una cucharada grande de miel, glucosa en solución o gel (1 sobre de Gluc Up®, DiaBalance Expert®) glucosa en pastillas (Glucosport®) o 6-8 gominolas

Si hay pérdida del conocimiento o no puede tomar nada por la boca



¡URGENTE! Inyectar GlucaGen® Hipokit y llamar a servicio de urgencias (teléfono 112)

Deshidratación

Cómo se reconoce

Qué hacer



Sed, orinar poco y muy concentrado, boca seca, ojos hundidos, mareo y desvanecimiento, síncope

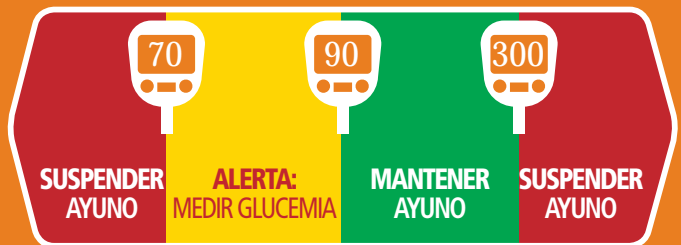


Beber agua (preferentemente mineral) y, si los síntomas son importantes, acudir a servicio de urgencias

Evitar hipoglucemias

SUSPENDER EL AYUNO:

- Si el azúcar de la sangre baja de 70 mg/dl o es mayor de 300 mg/dl (o la cifra que le haya marcado su médico)
- Si tiene síntomas de hipoglucemia, hiperglucemia o deshidratación que no se resuelven con las medidas que usted haya tomado para corregirlos



ALERTA:

- Si el azúcar baja de 90 mg/dl, medir la glucemia cada hora y si baja de 70 mg/dl, **suspender el ayuno**

La información contenida en esta infografía es orientativa. Para mayor profundización sobre los temas tratados aconsejamos que se dirijan a su Asociación de diabetes, a Addeisa o a los profesionales especializados, sean educadores, abogados o trabajadores sociales.

