N° 26 - DICIEMBRE 2002

diabetes CONTROL

CION DIABETES JUVENIL DE CHILE

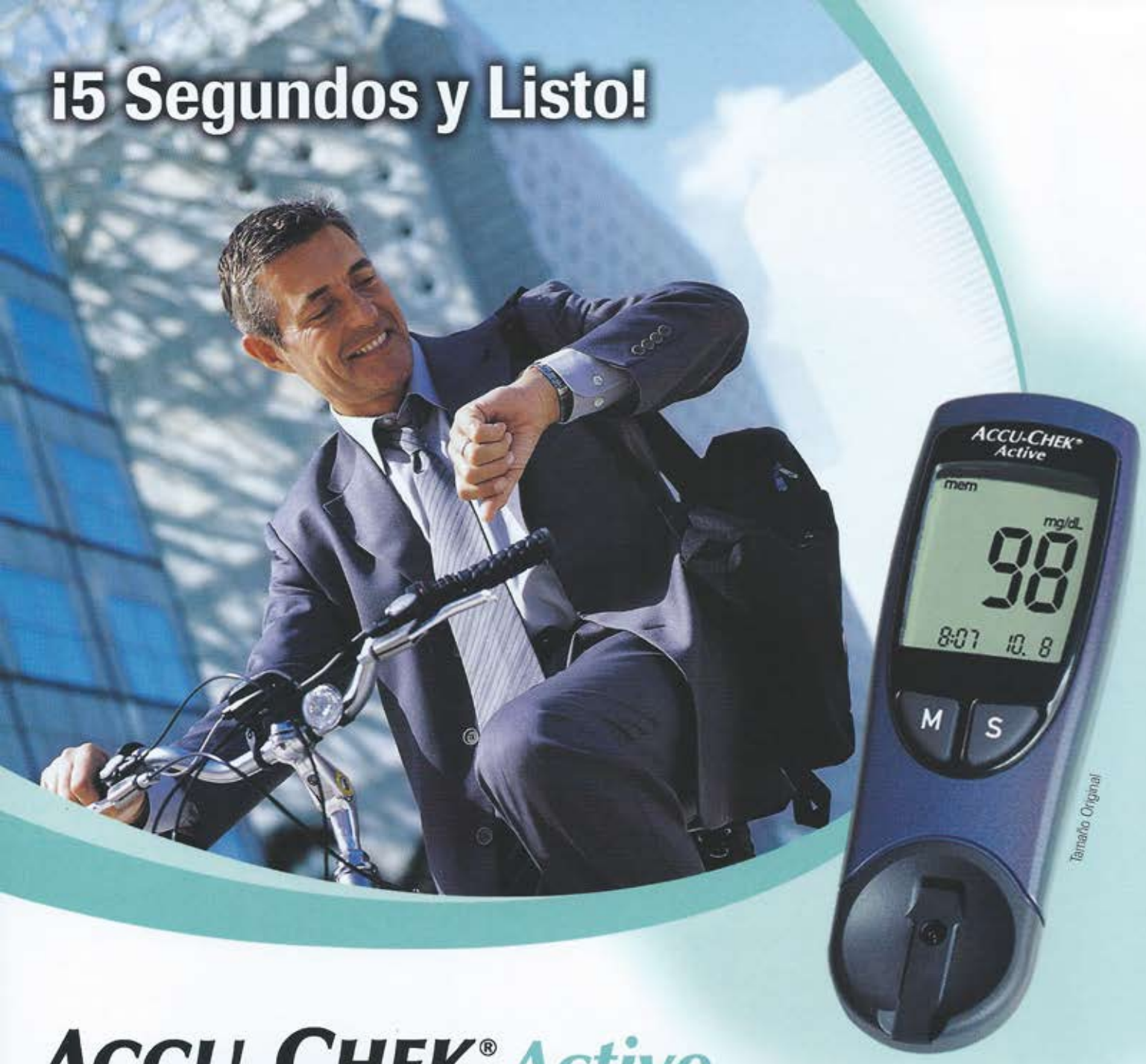
Mi hermano tiene diabetes

El Estreñimiento y las Fibras

AVANCES EN DIABETES

La Infección Urinaria

¡5 Segundos y Listo!



ACCU-CHEK® Active

El monitor de glicemia más rápido del mercado

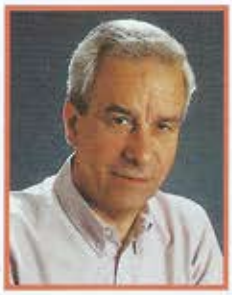
Para más información de nuestros productos, llámenos sin costo al teléfono 800 471800 o visítenos en www.accuclub.cl o escríbanos a contactenos@accuclub.cl

PRODUCTOS ROCHE LTDA.
Av. Quilín 3750 Macul
Casilla 399 - Correo 11
Tel. + (56-2) 4413261
Santiago - Chile
www.roche.cl
www.accuclub.cl

Accu-Chek es una marca perteneciente al grupo Roche.
© 2000 Roche Diagnostics.

ACCU-CHEK®
Vive la vida. Como tú quieras.

La Fundación Diabetes Juvenil de Chile es una institución sin fines de lucro cuyo objetivo es ayudar a todos los insulino-dependientes del país y divulgar técnicas modernas de tratamiento.



Nuestra Fundación tiene un activo programa destinado a proveer de cintas reactivas para glicemias a personas de escasos recursos que no pueden costear su adquisición.

Este programa favorece a unas 120 personas en el área Metropolitana, de las cuales 50 reciben 120 tiras mensuales para ser usadas con monitor de glicemias y 70 reciben 1 caja de 50 tiras de lectura visual para ser cortadas en dos y permitir 100 glicemias mensuales.

Lamentablemente en este último caso las tiras "radioactivas" como popularmente algunos las llaman, como son de lectura visual tienden a ser manipuladas por el usuario. Como en este programa se pretende un mejoramiento de las glicemias, las personas buscan artificialmente un buen resultado, tienden a autoengañarse limpiando la tira antes de tiempo, leyéndola anticipadamente, lo cual conduce a una glicemia más baja. Un monitor en cambio usa una gota de sangre más pequeña y marca la glicemia en un visor luminoso, una verdadera señal de alarma, ineludible, cuando la glicemia está mala. Y para peor o mejor, tiene memoria, la cual permite a los padres de un joven diabético o a su médico revisar las glicemias y modificar el tratamiento.

Las tiras reactivas de lectura visual tienen sus días contados. Tendremos que buscar la manera de financiar este aumento en los costos que, sin duda, traerá un gran beneficio en el largo plazo evitando las complicaciones debidas a un mal autocontrol.

César Velasco D.
Presidente

Mi hermano tiene diabetes.

Las fibras son indispensables para combatir el extreñimiento.

Nuevos productos para controlar la diabetes.

La infección urinaria tan común en las mujeres.

MI HERMANO TIENE DIABETES 2
Algunos ven con envidia que a su hermano le han diagnosticado diabetes y son el centro de atención; otros no lo ven así.

EL ESTREÑIMIENTO Y LAS FIBRAS 10
Las ventajas de las fibras para combatir el estreñimiento.

"BUEN PACIENTE" 14
Tomar un rol activo en su tratamiento conversando con su médico es muy importante. No trate de "caerle bien".

DIABETES AL DIA 16
Nuevos productos y avances en el tratamiento de la diabetes.

UNA COPA DE VINO 24
Conozca los riesgos de beber alcohol y tome precauciones.

LA INFECCION URINARIA 28
Prevención y cuidado de esta dolencia tan común, normalmente entre las mujeres.

ACTIVIDADES DE LA FUNDACION 32
Campamentos, sesiones familiares, mi mejor amigo, charlas educativas. Un activo 2002.

Directorio: Presidente: César Velasco D. **Vice Presidente:** Carmen Cruchaga G. **Directores:** Francisco Brown - Soledad Rojas - Carmen Luz Alvarado. "Diabetes Control" es una publicación de la Fundación Diabetes Juvenil de Chile. Los artículos pueden reproducirse consignando la fuente. N°26, Diciembre 2002. **Dirección:** La Concepción 80, Teléfono 236 6110, Casilla 104-9, **www.diabeteschile.cl** - Email: **fdjchile@chilesat.net** - Santiago, Chile. **Editor:** César Velasco **Periodistas:** Francisca Celis - Mariela Vallejos **Colaboradores:** Dr. Jaime Pérez C. - Dr. Manuel García de los Ríos - Dr. Sergio Moreno - Dra. Odette Veit **Nutricionista:** Elena Carrasco **Diseño:** Bernardita Valdivieso S. **Fotografías:** Archivos FDJ - Juan Pablo Lira B. - Gerardo Combeau - Ana María López **Ilustraciones:** Ricardo Alvarez **Impresión:** Quebecor World Chile S.A. **Portada:** Iver y Nicolás Cristi **Fotografía portada:** Daniela Miller.

"MI HERMANO TIENE DIABETES..."

"Cuando vi que mi mamá y mi papá le daban tanta atención a mi hermano, como que tuve ganas de tener diabetes yo también. Para que me pescaran más, para que la gente preguntara por mí..."

OTRA COSA ES SIN GUITARRA...

Algunos hubieran querido padecerla, y gozar así del dudoso privilegio de ser el "hermano protegido" de la familia. Otros sienten algo de culpa por que "no les tocó" a ellos, sino al otro, "al regalón", a la guagua de la casa", y en cambio ellos, los "sanos" pueden comer lo que quieran, cuando quieran, sin ocuparse de horarios, agujas ni glicemias Hay quienes desde niños han asumido la desmedida responsabilidad de cuidar maternalmente al más chico. Y también están los que, habiendo pasado vicisitudes y temores, son ahora compañeros en las buenas y en las malas de ese niño o niña que duerme en la cama del lado y que, aparte de ser uno como tantos, maneja un kit de agujas, lleva una medalla médica colgada del cuello y se inyecta regularmente insulina.

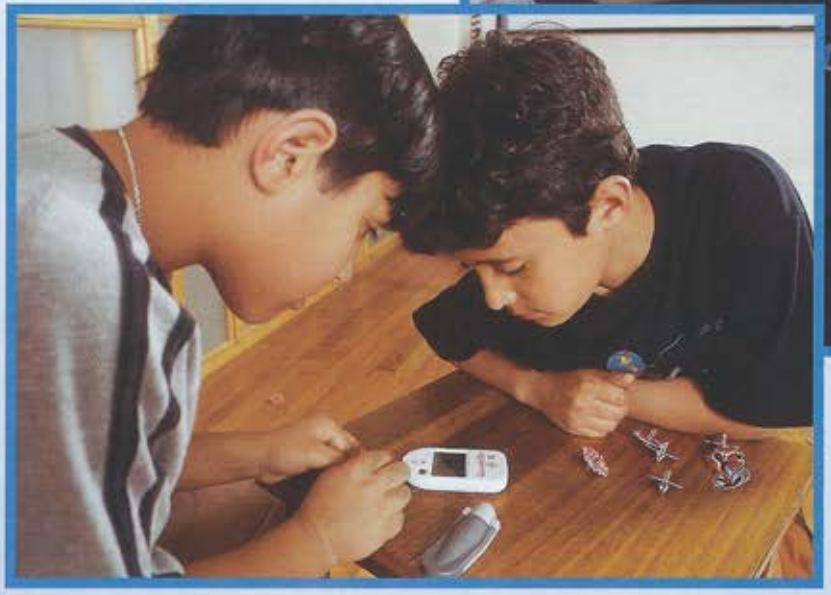
Estamos hablando de los "hermanos de". Esos que suelen estar tras bambalinas, o a la sombra de un joven o una jovencita diabéticos, y que, a menudo, querrían un poco más de esa envidiable atención familiar y social que a menudo capitaliza, el insulino-dependiente.

Esta publicación, dedicada principalmente a quienes padecen la enfermedad, quiso saber qué sienten; cómo viven esos chicos y chicas generalmente anónimos, y que sin embargo por el solo hecho de existir, son parte integral de ese guión que se llama "vida". Ese transcurrir cotidiano en que su aporte es precisamente ése: ser ellos mismos. No están enfermos ni necesitan estarlo para ser amados. No son ni enfermera ni buen samaritano; ni son sombra ni candil. Simplemente y sobre todo, son mundos únicos, personas tan importantes como el que más, parte irrepetible de un puzzle familiar con un miembro diferente.

"YO QUERIA ESTAR ENFERMO".

"Cuando vi que mi mamá y mi papá le daban tanta atención a mi hermano- cuenta Iver Cristi, de 10 años – como que tuve ganas de tener diabetes yo también. Para que me pescaran más, para que la gente preguntara por mí, para que me dieran mas bola en el colegio". Y agrega en referencia a su hermano de 8: "Me daba lata que mis papas se preocuparan más de él cuando se enfermaba. Lo que yo no sabía es que los diabéticos se complican más que nosotros cuando están enfermos", añade. " Pero en el fondo, concluye con convicción: en realidad nunca he deseado tener diabetes: ¡la odio!".

Se lo oye firme a Iver. Más maduro de lo que podría esperarse de su edad, acostumbrado a convivir con una condición que no es la suya, pero que ha aprendido a conocer como la palma de su mano. "Cuando

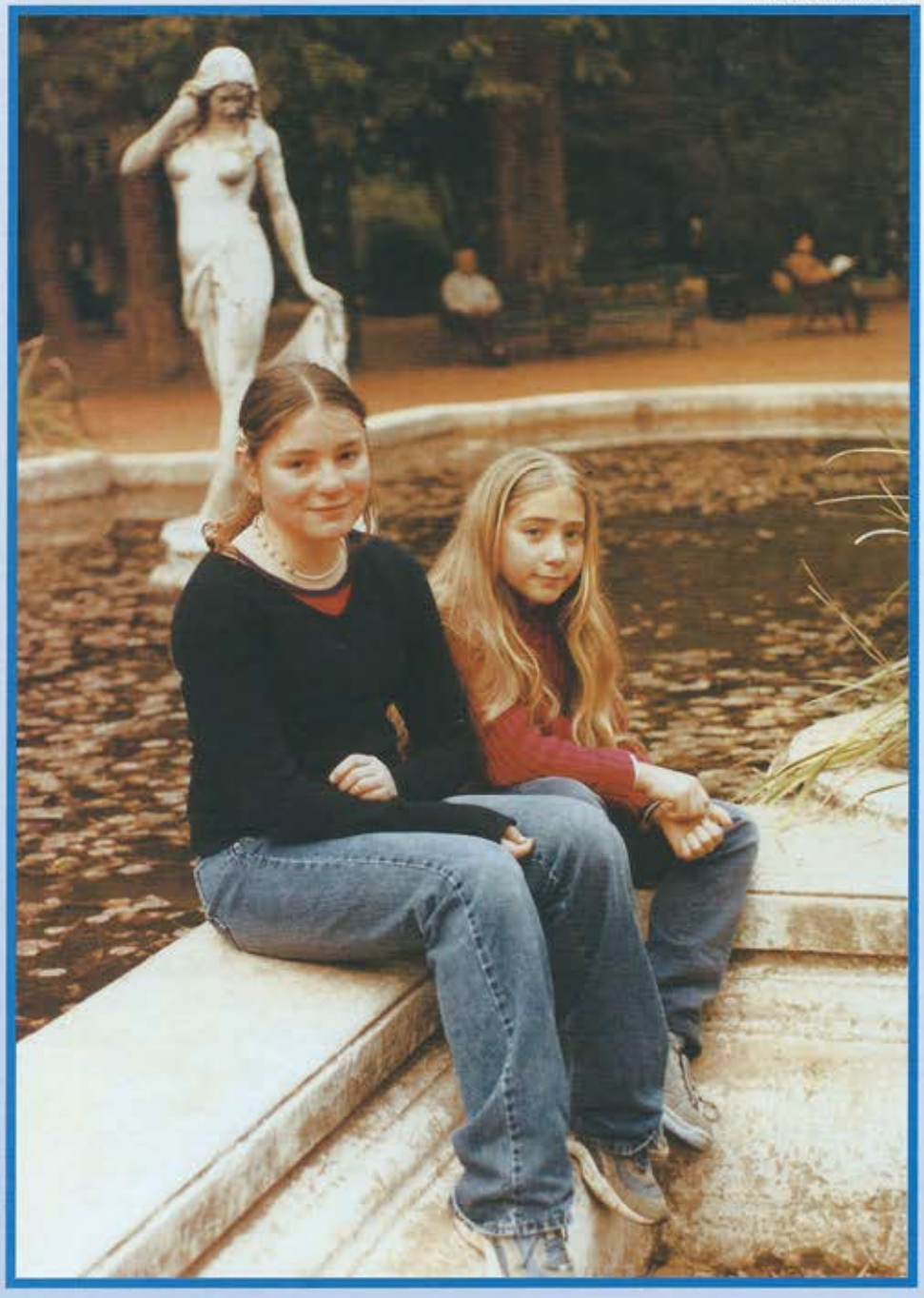


mi hermano esta "bajo" comemos chocolates con azúcar", confiesa. Cuando está normal, bueno…ya me acostumbré, y ahora me gustan unos chocolates dietéticos que él come. Desayunamos juntos; tomamos nuestra colación juntos; él lo suyo, yo lo mío. Sé exactamente qué tiene que comer y a qué hora. Lo cuido en el colegio, lo voy a ver a su sala, y hablo con sus profesores..."

Consultado si alguna vez lo han hecho sentirse culpable por discutir o pelear con su hermano diabético con el argumento de que es "más débil", Iver lanza una carcajada: ¡Noooooo! Nos agarramos seguido por el computador y el Play Station. Hasta nos hemos pegado, y después nos ponemos en la buena. Yo diría que somos hermanos comunes y corrientes".

Distinta fue la experiencia inicial de una niñita de diez años cuya hermana mayor fue diagnosticada con diabetes. Al cabo de un tiempo, la mayor fue sintiendo y resintiendo los cambios radicales que implicaba su nueva condición en la vida. Como les ocurre a todos los "debutantes", comenzó a acumular una enorme frustración que no sabía como ni con quién desahogar. Claro, era "ESA" rabia a la que tanto se refieren los sicólogos y los doctores que tratan con diabéticos adolescentes. Ahí se intensificaron las peleas filiales. La diabética estaba furiosa con el mundo y se descargaba con quien tuviera cerca, a menudo con su hermana chica o en su presencia. La menor comenzó a gritarle de vuelta. En medio de la batahola, no faltó el "familiar bien intencionado" que le recomendó a la pequeña: "no hagas rabiar a tu hermana, ¿No ves que está enferma?"

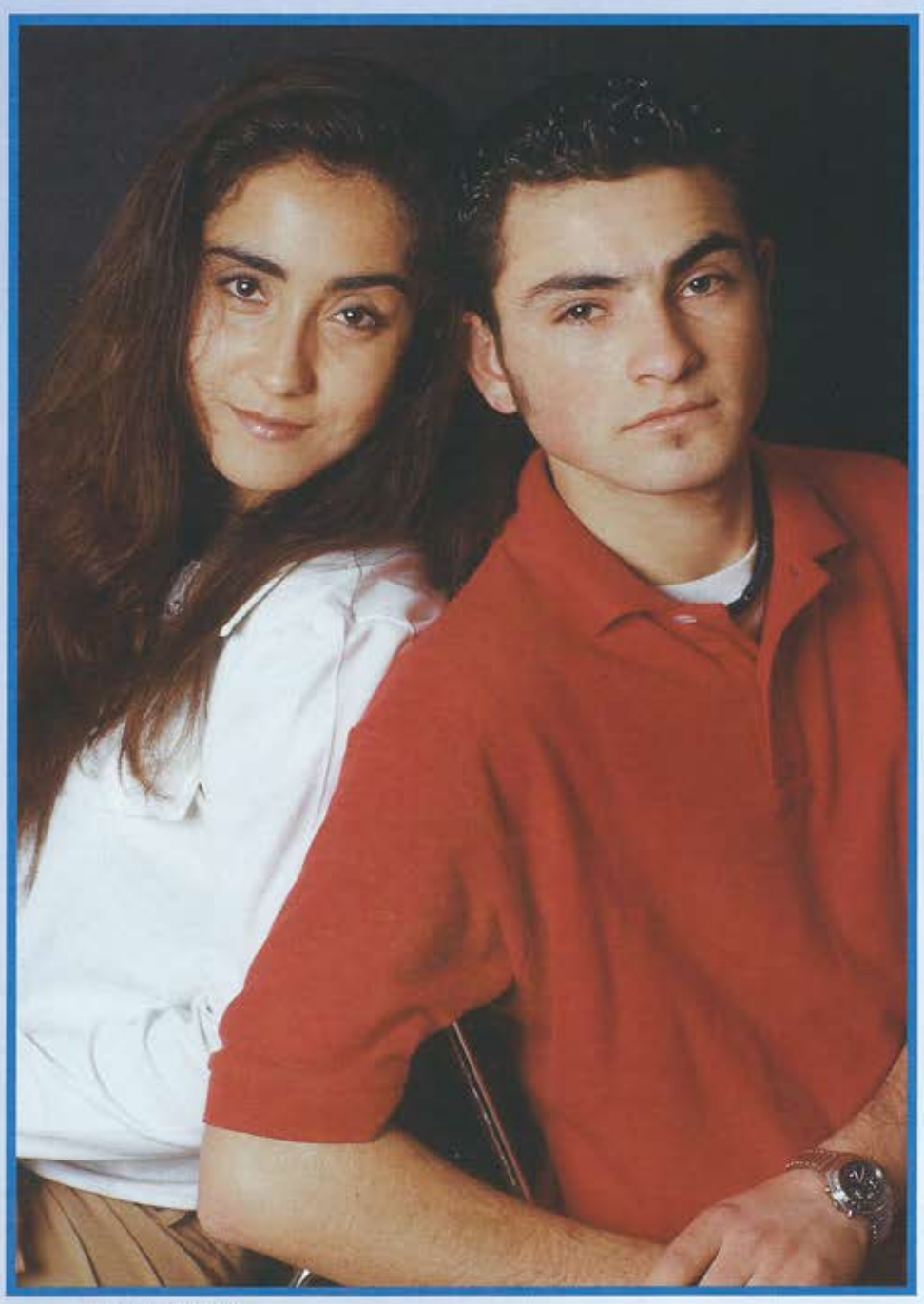
Sofía y Valentina.



En opinión de la psicóloga infanto-juvenil Gloria Chanes, ese tipo de actitudes sobreprotectoras de los adultos hacia los diabéticos, no solo hieren al hermano aludido sino que acentúan el comportamiento inadecuado del que está viviendo el duelo. "Es natural que un niño diabético, u otro que sufre una enfermedad permanente sienta rabia; sienta que ha perdido algo. Pero los adultos deben ayudarle a canalizar la rabia correctamente, hasta superar esta etapa y lograr aceptarse tal como es. Al fin de cuentas, muchos de nosotros no somos como querríamos ser, y también debemos aceptarnos" puntualiza. (ver sus recomendaciones para adultos en el recuadro). La aceptación debe empezar en el diabético, y no en el hermano. Hay que ayudar, apoyar, pero no sobreproteger, enfatiza la especialista.

"SAQUENME SANGRE POR FAVOR"

Para Sofia Stutzin de 10 años, fue un shock enterarse de un día para otro, por boca de sus padres, de que su hermana Valentina tendría una enfermedad de por vida. ¡El día antes andaba de lo más saludable, y muerta de la risa! Pero cuando Sofia la vio salir de la UCI 24 horas después, no estaba pálida ni moribunda. Parecía contenta, y además la seguía un séquito conformado por sus padres, parientes y amigos, gente que traía regalos, y hacía bromas…Sofía pensó que quizá no era tan malo tener diabetes después de todo…Fue durante los días subsiguientes, al presenciar las sesiones de entrenamiento que le dieron a Valentina durante la hospitalización, que advirtió que aquello implicaba más pinchazos y sacrificios que los



Angela y Claudio.

que ella estaba dispuesta a tolerar solo para recibir atención. Y sintió ese miedo que muchos otros hermanos han sentido: "¿¿Y si me pasa esto a mí??". Entonces, con gran valentía decidió tomar el toro por las astas. No iba a dejar que pasara otro minuto sin salir de sus dudas. Entre las bromas de sus primos, que a la sazón jugaban a medirse la glucosa con las tiritas reactivas de la paciente, Sofía pidió a su mamá: "Quiero que me saquen sangre, por favor".

Muy pronto, la chica espantó al menos uno de los grandes fantasmas que rondaban su mente aquella semana: su nivel de glucosa dio normal, y tuvo la doble alegría de que su hermana- en la misma pieza hospitalaria que ocupaba- compartiera con ella el alivio. "La Sofía es muy sensible" reflexionó Valentina en voz alta, como si evaluara la aparente fragilidad de su hermanita , viéndola desde lo alto de la cama clínica donde ella se hallaba. "Sería super penca que le tocara inyectarse también a ella. ¿Para qué queremos más diabéticos en la familia?".

Iver, cuenta que sus papás le ayudaron a "comprender" que la atención que le prestaban a su hermano enfermo, se la daban a él en otros aspectos de su vida, en el colegio, en sus logros personales, o en relación a sus propias dolencias, cuando las tenía. "La otra vez me torcí un pie y me llevaron a la Clínica", argumenta. Y argumentos no le faltan. Lo felicitan por sus notas, papá y mamá están orgullosos de su personalidad, tiene sentido del humor, disfruta la vida... Y por sobre todo, se lo ve satisfecho durante la entrevista: esta vez las preguntas han sido todas para él.

Y testimonios hay tantos como hermanos. Entre los pequeños, suele darse, tras el llamado "debut" una solidaridad equivocada por ignorancia: los sanos comparten con el diabético sus dulces a escondidas, pensando que la restricción es un "castigo" impuesto por lo padres, o bien que comer dulces no es una transgresión grave . "Total como mi hermanito no vomitaba ni le dolía la guata...", explica un "dadivoso arrepentido" que ahora tiene 14 años.

Una diferencia importante que marca a quienes tienen un hermano diabético más chico que ellos, es el grado de responsabilidad conque viven la condición del menor. Esto parece ocurrir especialmente en las mujeres. Angela, de 24 años, parece el retrato de esta situación. Cuando su hermano Claudio fue diagnosticado a los once años (ella tenía 15) asumió junto a la mamá de ambos una suerte de maternidad compartida. Antes de

saber lo que tenía, iban de un centro asistencial a otro, sin sospechar que Claudio ya estaba en coma diabético, pues originalmente fue incorrectamente diagnosticado con una "infección urinaria". Durante el angustioso recorrido en la camioneta del papá, Angela sostenía a Claudio en sus brazos. Y jamás olvidó ese día. "Fue el 15 de agosto", repite, como si guardara en su mente el historial clínico de su hermano, hora a hora, mes a mes. Desde entonces tiene junto a su hermana Marcela un rol fundamental en el cuidado de Claudio. "El no sabe de horarios. Se va de carrete sin avisar ni llevar insulina. Es un irresponsable" lo acusa, en tono de crítica y disculpa a la vez. Y quien la oye, se pregunta hasta que punto la comprensible preocupación de una familia que quedó choqueada desde el día uno, le ha permitido a Claudio llegar a los 20 años, sin ocuparse mayormente de su propia salud. "No se despierta a la hora"- sigue Angela. "Se pincha cuando despierta. Hemos tenido que cambiar todos nuestros horarios para acomodarlos a los de él y catetearlo... E igual nos quedamos rezando cuando sale" Con su nombre bíblico, parece resignada a ser "el ángel de la guarda" del niño de la casa. Suspira: "Yo lo único que quiero es que madure; que asuma de una vez por todas, y que la corte con la rebeldía".

Karen Chevellino, de 34, en cambio, no vivió con su hermana un inicio tan tormentoso. Dice que ha tomado la diabetes de Gisselle, (21) con naturalidad. "Ella es diabética desde los 4 años. Así que en la casa todos aprendimos a poner inyecciones, todos sabemos tomar exámenes de orina, medir glicemias... Es simplemente parte de nuestras vidas", asevera.

Paula Meriño, de 23, cuya hermana Natalia de 11 fue diagnosticada con diabetes hace dos años, define sus vivencias con la palabras "madurez y unidad". Somos dos hermanas grandes, más un concho que es la Natalia" admite. "Pero, no por ser mayores, hemos asumido las responsabilidades por ella. Tampoco nuestros padres. Más bien la acompañamos. Es una cuestión de equipo", resalta. Y agrega: "Lo único que me carga, es la actitud "compasiva" de alguna gente. Eso bajonea. ¡Si no se va a morir!: está super bien la Natalia, hace lo que quiere, se ha vuelto más responsable, más grande, más madura. Y lo más importante, -concluye- es que, entre las tres, lo pasamos Fantástico!".

Karen y Gisselle.

Altibajos para la risa

(anecdotas de hermanos)

"Con mis amigos a veces jugamos a pincharnos los dedos y medirnos la glicemia. Quién está más alto, quien está más bajo...Gana el que tiene el resultado más cercano al de mi hermano diabético..." Iver Cristi (10 años).

"¡...Mami, mami, yo estoy muy baja, necesito que me des un pedazo de chocolate ahora...!" Dicho por Isadora Diaz a los 5 años, acostumbrada a observar el "éxito" de su hermana mayor diabética Natalia, al

pronunciar estas palabras.

"Nosotros también estamos baaaaajos!!!. Gritamos a coro. Y funciona. Mi mamá se ríe, y nos reparte chocolates a los cinco hermanos!"

Kelly Guerrero, (18), hermana de Angelo.

"Tengo que ir a ver a mi hermana que es diabética..." frase habitual de la misma Isadora, para escapar por un rato de la sala de clases.

"Fuimos a acampar con mi hermano y unos amigos. De repente,

a Sebastián le vino una baja...Nadie tenía azúcar ni caramelos. Me dije, esta es mi misión: ¡Es mi hermano! Su vida está en peligro. Me tire cerro abajo por una quebradas, corrí como loco unos cinco kilómetros entre ramas y zarzas. Al fin, me conseguí dulces con unos excursionistas. Cuando regresé donde mi hermano, yo iba machucado, sucio, lleno de rasmilladuras... pero con unas gomitas dulces...Al llegar me contaron que alguien había traído dulces antes que yo. Y el Sebas estaba impecable, y yo todo desastrado. Nos miramos y... ¡Nos matamos a carcajadas!".

Germán Jiménez, (19).

"...Acaban de sacar un helado nuevo, exquisito...mmmmm, con saber a piña colada,

y es cremoso y se deshace en tu boca, y no sabes lo bueno que es, y..." De pronto, Sofía (9) se detiene algo avergonzada. Le estaba describiendo a su hermana recientemente diagnosticada con diabetes, una delicia azucarada que ella no podría comer sino hasta que aprendiera a manejar la insulina ultra rápida, dentro de quien sabe cuanto tiempo. Sofía calla y mira el piso por unos segundos. Luego sonríe, levanta la mirada brillante y agrega entusiasmada: ¿Sabes, Vale? Con mi mesada, te voy a comprar uno de esos helados.... Y lo vamos a guardar en el congelador hasta que tengas tu próxima "baja...".

Sofía Stutzin, (a los 9 años).

"¡Qué ganas de ser diabética para ir a los campamentos tan entretenidos a los que va mi hermano...!"

Carla Gerrero a los 8, (ahora tiene 15), viendo llegar a su hermano Angelo de los campamentos organizados por la Fundación.

"La leche vale tanto, el queso vale esto, la lechuga no vale nada..No importa lo que cuesta, sino lo que vale, etc., etc.. Así me enseñó mi hermano a ponerme a dieta cuando estuve gordita..¡Y bajé tres kilos!. Estoy suuuper orgullosa..¡De él!.

Carla Guerrero (15).

CUIDAR A LOS HERMANOS

Por Gloria Chanes - Psicóloga

Con justa razón, sobre todo después que un hijo ha sido diagnosticado con diabetes, los padres concentran toda su atención en él. Y si no ponen cuidado, pronto, toda la familia girará en torno a él, en desmedro de sus hermanos. Este enfoque no sólo le hace mal a los hermanos, sino a todo el grupo, afirma la sicologa Gloria Chanes. He aquí algunas recomendaciones para no descuidar a "los hermanos":

• Dar atención al hermano en las áreas propias de su edad, cuando van al jardin, ir a dejarlos, darles tiempo individual, para jugar, para hablar para que cuenten sus experiencias.

• Jamás, no importa la edad del hermano, hacerlo responsable de controlar los medicamentos o la ingesta de alimentos del diabético (con excepciones de hermanos adultos que voluntariamente asumen tareas con hermanos pequeños).

• Los hermanos deben participar en la medida de su edad, en el sentido de saber lo que ocurre, y vivirlo como parte de las rutinas del hogar, pero no someterse al mismo regimen de horarios o comidas por obligación o por comodidad de los padres.

• Los padres deben observar si su hijo no diabético presenta conductas diferentes como mal rendimiento escolar, síntomas difusos, dolores inexplicables. Puede estar tratando de llamar la atención involuntariamente de un modo sicosomático. Entonces hay que conversar, consultar, y prestar más atención a sus logros de niño sano.

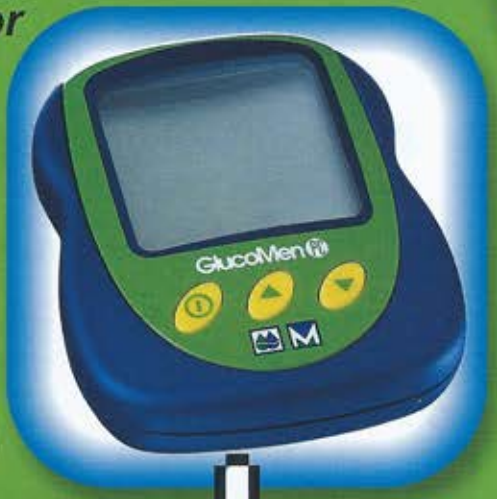
• Ojo con la reacción de rechazo a la diabetes y todo lo que tenga que ver con ella. Ocurre por saturación. Cuando los hermanos ya no soportan que la vida familiar gire en torno al diabético y no encuentran espacio para hacer oir sus propias necesidades.

• Cuidado con las peleas. Tener diabetes no es sinonimo de tener la razón. Lo peor que se puede pedir al hermano de un diabético es que lo compadezca. Al contrario, el rol de la familia es canalizar la explicable rabia del diabético debutante sin permitirle que abuse de quienes lo quieren, pues esto lo hará sentir culpable y/o lo volverá arrogante y antipático.

GlucoMen PC

Una **forma inteligente** de
CONTROLAR LA DIABETES

- *El instrumento para medir glucosa de mayor éxito en Europa, ahora disponible en Chile.*
- *Almacena 350 resultados con hora y fecha*
- *Tecnología Sensor / 3 µL*



KIT COMPLETO INCLUYE

- 1 Instrumento GLUCOMEN PC
- 1 Dispositivo para la obtención de la muestra
- 25 Tiras Sensor
- 25 Lancetas
- 1 Estuche porta equipo

Nueva Tecnología

¡HAGA CLIC, Y LISTO!
LA TIRA, DIRECTO AL PAPELERO

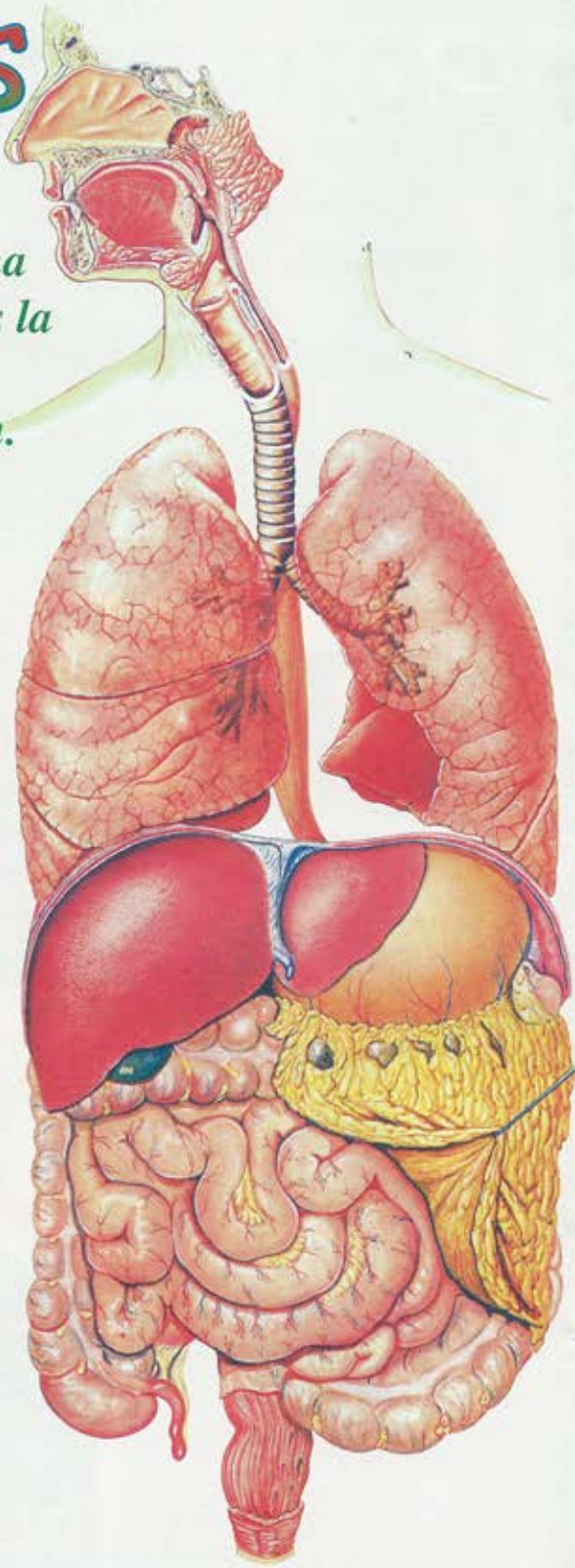
A.MENARINI diagnostics

PENTA FARMA

R.D. / MAS DESIGN

El Estreñimiento y las Fibras

El estreñimiento es tal vez el problema gastrointestinal más común y básicamente es la dificultad que tienen algunas personas para evacuar los intestinos después de la digestión.



Cuando una persona come, el alimento pasa al estómago para ser procesado, luego es absorbido en el intestino delgado, quedando los desechos en el colon para ser posteriormente evacuados. Se dice entonces que la persona tiene estreñimiento, cuando estos desechos permanecen demasiado tiempo en el intestino grueso o colon, debido a dificultades para mover el intestino. Mientras mas tiempo estos desechos permanezcan en el intestino grueso, más agua es absorbida de ellos y más dificultad tiene la persona para poder evacuar. Esto se debe normalmente al sedentarismo y a una comida baja en consumo de fibra. Es por este motivo que la recomendación para poder prevenir o disminuir este problema del estreñimiento, incluye el aumento del consumo de líquidos, hacer algún ejercicio regularmente y comer más frutas, granos, verduras y otros alimentos que contengan fibra.

Según la Asociación Americana de Diabetes y la Asociación Dietética Norteamericana ellos recomiendan una dieta de 20 a 35 gramos de fibra por día; sin embargo el común de la gente no come más de 15 grs. de fibra por día.

LAS FIBRAS

La fibra es la parte de la comida de origen vegetal que no puede ser digerida. Las fibras no se encuentran en los productos animales. Hay dos tipos de fibras, la insoluble y la soluble. La fibra insoluble ayuda a mantener el desecho de la digestión moviéndose por los intestinos, estimulando la contracción muscular de estos. No se disuelve en agua. La fibra insoluble se encuentra en los granos, en las frutas y en los vegetales. El salvado de trigo es una excelente fuente de fibra insoluble y muy efectivo en mejorar el estreñimiento. Media taza de salvado de trigo provee aproximadamente 14 grs. de fibra.

La fibra soluble se disuelve en el agua y forma una especie de

gel en el estómago produciendo muchos beneficios a la salud. Este gel enlentece el vaciamiento del estómago y ayuda a demorar el paso de la glucosa en el torrente sanguíneo, disminuyendo el riesgo de glicemias altas. Además una dieta alta en fibra soluble ha sido demostrada que disminuye los niveles de colesterol. La fibra soluble se encuentra en las frutas, avena y legumbres (porotos, arvejas y lentejas). Una manzana mediana contiene 4 grs. de fibra y media taza de porotos provee de 6 grs. de fibra.

Juntas, la fibra soluble y la insoluble estimulan la peristaltis, o sea la contracción rítmica de los músculos intestinales que hace avanzar los alimentos y absorben el agua suavizando el paso de los desechos a través de los intestinos y previniendo el estreñimiento.

Aparte de las ventajas de mejorar el estreñimiento, el consumo de fibras en la dieta ayuda a mejorar el nivel de la glucosa en la sangre. Un reciente estudio hecho con diabéticos tipo 2 y publicado en The New England Journal of Medicine el 12 de Mayo del 2000, demostró que cuando se aumenta el consumo diario de fibra y después de 6 semanas de observar los resultados, el nivel de glucosa en la sangre decrecía en alrededor de un 10%, el equivalente a 1 dosis adicional de hipoglicemiantes orales; todo esto referido a diabéticos tipo 2.

PREVINIENDO EL ESTREÑIMIENTO

El consumo de fibra y el ejercicio constituyen elementos básicos en el control o disminución del estreñimiento.

Si usted no tiene la costumbre de comer alimentos con alto contenido de fibra, es importante que comience a consumir estos alimentos gradualmente para permitir que su sistema gastrointestinal se ajuste a este aumento de alimentos con fibra. Esto le evitará o prevendrá la producción de gases, hinchazones o diarrea.

Como la fibra trabaja junto con los líquidos para mejorar la función intestinal, es importante que tome mucho líquido durante el día. La fibra atrae los líquidos, lo cual le da cuerpo a los desechos y los suaviza lo cual estimula la contracción muscular del colon. Aumentar el consumo de fibra sin aumentar el consumo de líquido puede producir escretas duras, secas y derivar en estreñimiento. Las recomendaciones generales hablan de tomar alrededor de 8 vasos de líquidos ojalá agua, cada día. El alcohol y los líquidos que contienen cafeína como el café y algunas bebidas colas, pueden tener un efecto deshidratante estimulando una orina más frecuente, por lo que es recomendable tomar bebidas no alcohólicas y preferentemente descafeinadas.

El añadir ciruelas en su dieta también es de gran ayuda. Las ciruelas contienen un producto químico llamado dihidroxifenil, que se ha demostrado ayuda a la movilidad gastrointestinal. El comer ciruelas en la noche puede ayudar a la eliminación o evacuación en la mañana siguiente (3 ciruelas o 1/3 de taza de jugo de ciruela es equivalente a 1 porción de carbohidratos de 15 grs.).

Además de aumentar el consumo de fibras y de líquidos, el mantenerse físicamente activos ayuda a prevenir el estreñimiento. Trate de aumentar su nivel de actividad física caminando 20 a 30 minutos cada día, usando las escaleras en lugar del ascensor, estacionándose lejos de su lugar de trabajo o bajándose algunas estaciones del metro antes de la que le corresponde.

Haciendo ejercicio regularmente, comiendo más alimentos ricos en fibras y granos enteros, legumbres, frutas y vegetales, tomando mucha agua y siendo regular u ordenado en sus hábitos de comidas y de idas al baño, le va a ayudar no solamente a prevenir el estreñimiento y los problemas digestivos, sino también a una mejoría de su salud en general y bienestar.

Las fibras

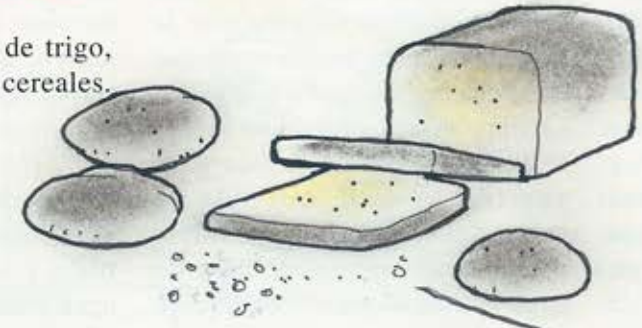
La fibra dietaria viene en dos variedades la soluble y la insoluble. La fibra soluble demora el vaciamiento del estómago y la absorción de la glucosa bajando además los niveles de colesterol. La fibra insoluble estimula la movilidad gastrointestinal y le da cuerpo y suavidad a los desechos.

Fuentes de fibras solubles

Manzanas, cebada, frutas cítricas, legumbres, avena, frutillas.

Fuentes de fibras insolubles

Verduras, salvado de trigo, panes de grano entero, cereales.



Cómo aumentar el consumo de fibras

Para la mayoría de la gente añadir fibra a la dieta es una buena idea, pero para evitar efectos secundarios poco gratos, es importante añadir fibra en forma paulatina y al mismo tiempo siguiendo las siguientes recomendaciones:

- Tome mucho líquido
- Coma distintos alimentos con fibra todos los días
- Cóma la fruta entera en lugar del jugo
- Cóma la piel de las frutas y las verduras
- Añádale porotos a los guisos, sopas y ensaladas
- Escoja cereales enteros, panes de grano entero

Previniendo el estreñimiento

El estreñimiento no es inevitable, he aquí unos simples consejos para evitarlo:

- Haga ejercicio regularmente.
- Tome mucho líquido.
- Hágase su tiempo después de las comidas para ir al baño.
- No tome laxantes a menos que sean recomendados por el doctor.
- Consulte con su doctor si tiene cambios importantes en su movilidad intestinal.

Diabetes Self-Management - 2002

Bayer HealthCare
www.clubdiabeticos.cl

Ascensia
Tu vida. A tu manera.

CARLOS FERNANDEZ Nº 260 - TELEFONO: (02) 5208314 - SAN JOAQUIN - SANTIAGO - CHILE.

Por qué usted no deberí

Usted trata de ser un buen ciudadano, un buen vecino, un buen marido o mujer, ¿pero es bueno ser un buen paciente?

Y qué significa ser un buen paciente?

Para muchas personas, ser un buen paciente significa dejar que el doctor tome todas las decisiones. No hacer peticiones al doctor, no quejarse, seguir las instrucciones del doctor aunque no las entienda bien. Pero esta definición de ser un buen paciente, no funciona bien cuando una persona tiene diabetes.

Usted y su doctor tienen que ser socios en su cuidado, por lo tanto, cada uno debe respetar y escuchar al otro. Si usted juega a ser un buen paciente, si usted mansamente acepta un trato rudo o condescendiente, si no dice algo cuando el doctor le hace una sugerencia que no va a funcionar, o no le dice al doctor que está teniendo problemas con alguna parte del régimen que le ha impuesto, por temor a ser rechazado o temor al enojo, su diabetes va a sufrir.

Hay que tener coraje para dejar de ser un "buen paciente", un paciente pasivo, desinformado que trata siempre de tener contento al doctor. En lugar de eso, ser realmente un buen paciente, es uno que entiende la diabetes y tiene un rol activo en su propio cuidado.

He aquí algunos pasos para que cambie su actitud:

a ser un "buen paciente"

• La compatibilidad importa. Busque un buen doctor que lo respete a usted, como usted lo respeta a él. Un doctor puede tener muchos conocimientos técnicos, pero faltarle calidad humana de personas que permiten escuchar, ser educado y mostrar respeto y compasión.

Aunque es importante escoger un doctor que sea experto en diabetes, trate también de encontrar a alguien en el cual pueda confiar y con quien pueda conversar.

• Manténgase al día en la diabetes, leyendo revistas y libros sobre el tema, usted puede aportar mucho en su tratamiento, si entiende las razones por las cuales está haciendo ese tratamiento.

• Haga que el mejorar su salud sea de la mayor prioridad antes que de su doctor. Por ejemplo, es posible que usted esté teniendo problemas para ajustar dosis de insulina o problemas para llevar a cabo el programa de ejercicios que le indicaron, entonces con su doctor vean la mejor manera de mejorar la situación. Acepte que es posible que su doctor se enoje o de alguna forma esté en desacuerdo con usted pero piense que su salud es mucho más importante que no molestar a su doctor.

• No tenga miedo de molestar al doctor cuando hay algo importante. Por supuesto que no trate de transformarse en una peste, pero algunos problemas son tan urgentes que por su propia seguridad no puede ignorarlos. Probablemente su doctor le dará una lista de problemas por los cuales usted tiene que informarle, tales como heridas en los pies o infecciones o niveles muy altos de glicemia. Si no lo hace, pídale al doctor que le indique en qué circunstancias tiene que llamarlo.

• Sepa qué exámenes tiene que estar haciéndose durante el año y a qué especialistas debe ver y cuán a menudo debe hacerlo. A sus doctores a veces se le olvida, como a cualquier otra persona. Si el doctor no le hace un test o no le señala que debe hacerse un test, recuérdeselo, para que lo haga y lo envíe al especialista.

• Si no entiende algo, pregúntelo. Sea un participante activo durante la consulta, tenga preparada las preguntas, sus preocupaciones y los problemas para discutirlos, y escríbalos. Traiga siempre su cuaderno de glicemias y también las indicaciones o un listado de los medicamentos que puede estar tomando y las dosis. Es bueno que tenga un cuaderno y anote las indicaciones que el doctor le vaya a hacer. Converse con él sobre sus metas y prioridades; su doctor puede esperar que su principal prioridad sea un buen control del nivel de glicemias; pero tal vez su prioridad más importante sea algo bastante diferente, como por ejemplo su trabajo, especialmente si es una persona de la cual dependen sus niños o sus padres. Es importante honestidad al respecto, para que junto con su doctor discutan la mejor manera de cumplir con las metas.

Diabetes Forecast, Mayo 2002

DIABETES AL DIA

CUIDADO CON LA RETINOPATIA

Nuevas investigaciones han demostrado que la retinopatía golpea más temprano a los diabéticos tipo 1, que lo que se pensaba previamente, poniendo nuevas motivaciones para hacerse desde temprano el chequeo a los ojos.

La retinopatía ocurre cuando la diabetes daña los delgados vasos capilares que cruzan la retina. Varios tratamientos pueden detener la retinopatía y prevenir la pérdida de la visión, sin embargo, en su estado primario no presenta síntomas y sólo puede ser detectada con un examen especial, en que los ojos son dilatados.

Un estudio publicado en marzo de 2001, en Diabetes Care, mostró los resultados de una investigación orientada a detectar los inicios de la retinopatía en los diabéticos tipo 1. Para ello científicos estudiaron fotografías de la retina de 1613 personas que tenían diabetes tipo 1 por menos de 5 años. Luego hicieron un seguimiento cada 6 meses, tomando fotografías de las retinas a 855 de estas personas, durante 4 a 9 años después de las fotos originales. Estas fotografías descubrieron retinopatías mejor que los exámenes de ojos.

Las fotos indicaron que sólo 897 personas - 56% - no tenían retinopatía cuando el estudio comenzó. Seis personas - 0,3% - tenían ya retinopatía proliferante, la forma más seria de retinopatía. Sin embargo, pruebas adicionales en 713 de las 897 personas supuestamente libres de retinopatía, encontraron que 158 de ellas ya la tenían después de todo. Por lo tanto, en el mejor de los casos, sólo 46% no tenían retinopatía cuando comenzó el estudio.

Entre los diabéticos que siguieron el estudio, los investigadores descubrieron que dos tercios de ellos, desarrollaron retinopatía cuando ya tenían a los menos 5 años de diabetes.

El nuevo estudio rebate de alguna manera lo que los investigadores pensaban sobre el progreso de la retinopatía en personas con diabetes tipo 1.

Aún hoy con el mejor cuidado de autocontrol, la enfermedad ocular ocurre más temprano de lo que se pensaba previamente. Después de sólo un año con diabetes tipo 1, el 20% de las personas, en realidad tienen retinopatía, llegando a un 67% de personas afectadas después de los 5 años.

Como resultado de ello, el esperar 3 a 5 años para el primer examen, como se pensaba previamente, puede no ser una buena idea. Si ud. tiene diabetes o la ha tenido por menos de 5 años, pídale al doctor que le solicite exámenes regulares de ojos desde ahora en adelante, todos los años.

PARA EVITAR EL RECHAZO EN TRASPLANTE DE CELULAS ß

Científicos de todo el mundo siguen trabajando duramente para encontrar la manera de trasplantar las células beta a personas con diabetes, para curarlas de una vez por todas de esta enfermedad. Pero como siempre el problema prioritario es el rechazo al trasplante; el sistema inmunológico fatalmente las destruye por completo.

Para evitar eso la única manera de hacerlo es darle drogas inmunosupresoras a la persona trasplantada, drogas que son extremadamente peligrosas porque lamentablemente suprimen no sólo aquellas células T, encargadas de atacar las células beta, sino todo el sistema inmunológico, dejando al diabético propenso o abierto a contraer un sinnúmero de enfermedades.

Es por este motivo que hoy día están muy limitadas las posibilidades de trasplantar células beta a pacientes diabéticos, a menos que este trasplante se haga en forma paralela al trasplante de riñones en cuyo caso hay que obligatoriamente usar drogas inmunosupresoras.

Para luchar contra este problema de la inmunosupresión, el doctor Mark Holterman, profesor de cirugía pediátrica de la Univ. de Illinois en Chicago, ha desarrollado un interesante método que usa reactivos en su investigación. Para ello el doctor Holterman combina estos reactivos con células beta extraídas de ratones diabéticos. Cuando estos reactivos se unen a las células beta y son trasplantados, la célula beta que está de alguna manera cubierta con este reactivo, no es atacada por las células T; aparentemente hay una especie de información que lanza este reactivo a las células T, impidiendo que éstas ataquen a las células beta. Este reactivo, sostiene el doctor Holterman, también podría utilizarse para prevenir la diabetes 1. Si en exámenes previos se determina que un joven esta siendo atacado en sus células beta y por lo tanto, está su diabetes tipo 1 en progresión, podría eventualmente proporcionársele este reactivo para que cubra las células beta remanentes y no sigan siendo destruidas por las células T.

Queda mucho por investigar, dice el doctor Holterman, pero estos resultados iniciales de su investigación son muy promisorios y habrá que espera un tiempo para ver si este sistema de los reactivos llega a ser un procedimiento por el cual se pueda evitar definitivamente el ataque inmunitario a las células beta.

Célula Beta

DOS EN UNO: MONITOR DE GLICEMIA E INYECTOR DE INSULINA

Los laboratorios Lifescan y Novonordisk se han asociado para desarrollar un producto llamado INDUO.

Este producto es básicamente una mezcla de dos artículos que ya están en el mercado. Por un lado el monitor de glicemias que es el denominado Lifescan One Touch Ultra y por otro lado el Pen de insulina denominado Innovo Dial-a-Dose, que ya fuese mostrado en Diabetes Control del mes de diciembre.

Este producto, está parcialmente en el mercado y los laboratorios están haciendo un estudio para determinar si realmente la demanda que tenga, justifica el producirlo a gran escala. En los próximos meses tendremos novedades al respecto.

HEMOGLOBINAS EN CASA

Según lo asegura su fabricante METRICA INC of Sunny Valley, California, a comienzos del próximo año estará disponible en el mercado, un equipo desechable, que se usa una sola vez y que le permitirá hacer su hemoglobina glicosilada A1c, ahora en casa.

El equipo, del tamaño aproximado de un beeper, está en este momento disponible para su uso en los consultorios médicos.

El fabricante estima que el próximo año cuando salga a la venta, el equipo costará un poco menos de 20 dólares.

¿PUEDEN DAR SANGRE LAS PERSONAS CON DIABETES?

Todos sabemos de la importancia de las donaciones de sangre para mantener bien provistos los bancos de sangre en el caso de cualquier emergencia, pero ¿las personas con diabetes pueden dar sangre?

Según la Cruz Roja norteamericana, los diabéticos pueden dar sangre siempre que cumplan ciertos requisitos:

Cualquier persona con diabetes que quiera dar sangre tiene que tener por lo menos 17 años y pesar un mínimo de 50 Kg. No puede dar sangre si por algún motivo piensa que puede tener SIDA o es una persona de alto riesgo de tener SIDA; pero las personas que sufren de presión alta pueden donar, siempre que en el día o en la ocasión que vayan a hacer la donación de sangre, su presión esté dentro de ciertos límites.

También es importante que las personas con diabetes que den sangre esperen que hayan transcurrido, a lo menos, dos semanas desde que comenzaron por primera vez a aplicarse insulina o desde que ellos cambiaron en forma importante la dosis de insulina.

Las personas con diabetes pueden dar sangre cada 8 semanas.

Algunos diabéticos, especialmente del tipo 1, tienen miedo de tener una hipoglicemia en el caso que den sangre. La Cruz Roja, dice que no hay por qué preocuparse ya que la donación de sangre no causa una baja del nivel de glicemias. De todas maneras recomiendan comer y tomar algo antes de hacer la donación de sangre, para asegurarse que no está bajo o deshidratado cuando haga la donación.

Para consultar los requisitos que debe cumplir un diabético para poder dar sangre, le recomendamos visitar la página:

www.redcross.org/services/biomed/blood/learn/elegibl.html

PANCREAS ARTIFICIAL PARA DIABETICOS TIPO 1

Un consorcio, en el que participan siete organismos de Europa, se han unido para alcanzar un objetivo: un sistema avanzado de infusión de insulina usando lo que se llama un control cerrado (es decir, la glucosa del paciente es medida por un sistema continuo que trasmite los datos a un computador que, a su vez, controla un sistema de infusión de insulina). El nombre del proyecto es ADICOL, de ADvanced Insulin Infusion using a COntrol Loop.

El prototipo comprende un sensor de glucosa del tamaño de una tarjeta de crédito, un pequeño computador conteniendo un algoritmo que calcula cuánta insulina necesita el paciente, y una bomba de infusión de insulina. Ambos, el sensor y la bomba se llevan muy cerca del cuerpo, sujetos por un cinturón, y conectados por catéteres que se insertan bajo la piel. El sensor y la bomba de insulina se comunican con el computador mediante señales de radio, que hacen innecesaria la utilización de cables de conexión. Este "páncreas artificial" podría, al menos en parte, liberar a los pacientes de las preocupaciones y tareas diarias que suponen la diabetes y podría, además, disminuir sustancialmente el riesgo de desarrollar complicaciones a largo plazo.

El proyecto de investigación se inició el primero de enero del año 2000, dura tres años y forma parte del 5º programa marco de investigación de la Unión Europea, financiado por la Comisión Europea y el Gobierno de Suiza.

De acuerdo con las informaciones del consorcio, si los resultados de los ensayos clínicos son positivos, el desarrollo del producto comenzaría a finales del 2002, y podría llevar entre 3 y 5 años más para que se comercializara.

SORPRENDENTEMENTE COMUN ES LA ENFERMEDAD CELIACA

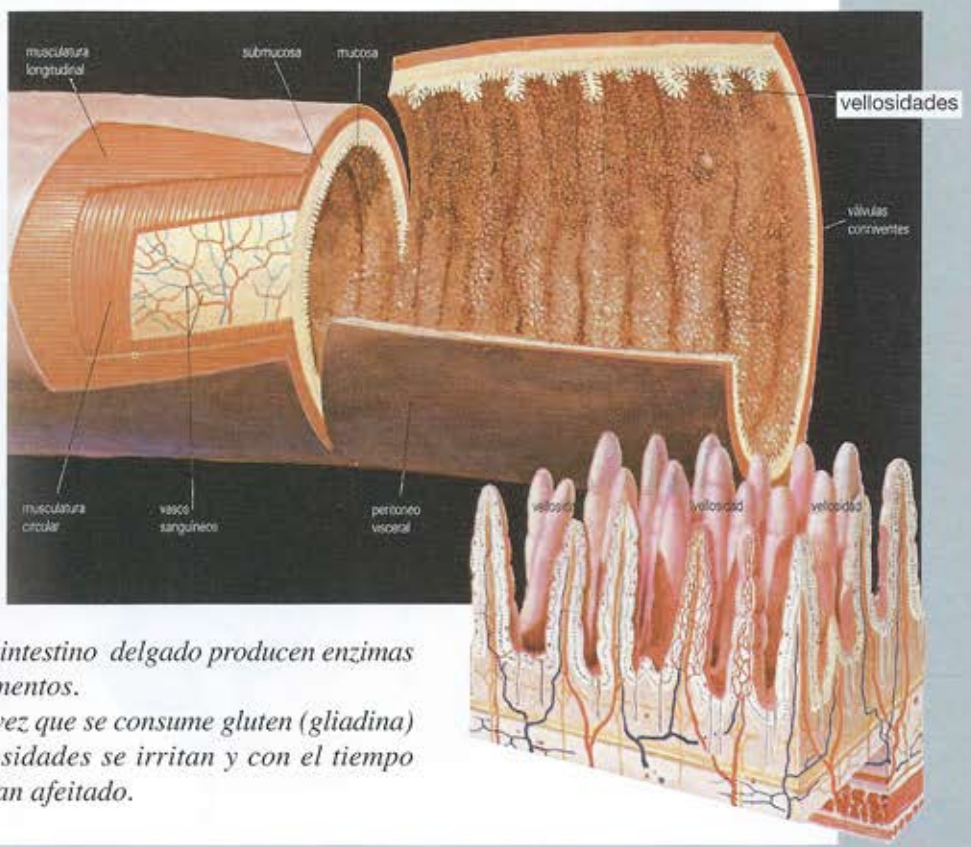
Por décadas los científicos han sabido que las personas con diabetes tipo 1 a menudo desarrollan la enfermedad celíaca (incapacidad de tolerar el gluten, una proteína que se encuentra en el trigo, cebada y centeno). Se dice que aproximadamente 1 de cada 20 personas con diabetes tipo 1 tienen la enfermedad celíaca. En cambio, en la población general, aunque muy variable, esta probabilidad es de 1 en 100 a 1 en 1000 personas.

Desgraciadamente, la mayoría de las personas con enfermedad celíaca no presentan ningún o casi ningún síntoma. Según esto, ¿cuán a menudo se debe pesquisar la enfermedad celíaca en personas con diabetes tipo 1?.

Según un estudio publicado en "Diabetología" (febrero/2001), las personas con la enfermedad celíaca tenían en promedio 11 años cuando comenzaron con la diabetes tipo 1 y 25 años cuando se les diagnosticó la enfermedad celíaca. Por lo tanto, bastantes años separan ambos diagnósticos y por esta razón los autores recomiendan que las personas con diabetes tipo 1 se hagan examinar la sangre cada 3 años para pesquisar ésta enfermedad.

Otro estudio en cambio, publicado en "Pediatrics" (5 de marzo/2002) sugiere que la aparición paulatina de la enfermedad en los años siguientes al diagnóstico de la diabetes tipo 1 recomienda que la pesquisa de la enfermedad celíaca se haga anualmente, durante bastantes años después del diagnóstico de la diabetes tipo 1.

Se requieren más estudios para dilucidar cuán a menudo las personas con diabetes tipo 1 deben chequearse la posibilidad de la enfermedad celíaca. Mientras tanto, si usted tiene diabetes tipo 1 pregúntele a su médico sobre la posibilidad de chequearlo. También esté alerta sobre los síntomas celíacos – dolor de estómago, gases, diarrea crónica, dolor a los huesos o articulaciones, ampollas con picazón e infórmele a su médico.



Las vellosidades que recubren el intestino delgado producen enzimas para completar la digestión de los alimentos.

En la enfermedad celíaca, cada vez que se consume gluten (gliadina) ocurre una reacción tóxica, las vellosidades se irritan y con el tiempo quedan aplanadas, como si las hubieran afeitado.

ACCU-CHEK COMPACT

Este nuevo monitor de glicemias, de Roche Diagnostics, incluye un tamborcito conteniendo 17 tiras reactivas en su interior, una memoria para 100 valores con hora, fecha y promedio semanal de glicemias. Asimismo puede variar esta información al computador utilizando el programa ACCU-CHEK COMPASS.

NOVOLIN INNOLET

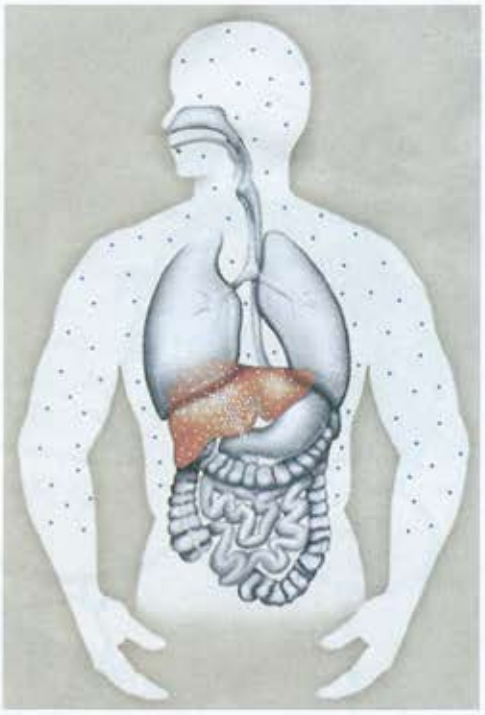
Novo Nordisk ha puesto en el mercado un pen de insulina para inyectar Nordin NPP, Novolin R y Novolin 70/30 y que tiene la particularidad de presentar un dosificador fácil de leer y de usar. Utiliza un gran dial que avanza tanto para adelante como para atrás, aumentando o disminuyendo la cantidad de insulina con un clic audible.

INSULINA ORAL

La compañía Nobex, compañía asociada a GlaxoSmithKline situada en North Carolina, Estados Unidos, está desarrollando una insulina modificada con pequeños polímeros que los hace más resistente a la degradación enzimática, es decir, aquélla que se produce en el aparato digestivo durante la digestión de los alimentos y que destruye a la molécula natural de insulina. Además, estas modificaciones facilitan la absorción a través de la mucosa intestinal.

Se cree que la insulina oral de Nobex una vez que es dirigida sigue el mismo camino que la insulina liberada por el páncreas, circulando por la vena porta hacia el hígado. Como el hígado tiene una enorme importancia en la regulación del azúcar en la sangre, se piensa que activando exitosamente al hígado con la insulina oral se puede crear un mecanismo que pueda potencialmente restablecer el control normal de la glucosa en una persona con diabetes.

Para probar los efectos de la insulina oral el Georgetwon University Medical Center realizó un estudio de 3 días con 31 diabéticos tipo 1. Ellos tuvieron una comida estandarizada y al azar recibieron insulina oral o bien insulina lispro. Los análisis demostraron que durante estos 3 días no hubo diferencias en las glicemias posteriores en los que usaron insulina oral versus lispro y que tuvieron menos hipoglicemias (menos de 50 mg/dl) aquéllos aquellos que usaron insulina oral. Stephen Clement, M.D., director del Goergetown University Medical Center cree que si en las próximas pruebas la insulina oral confirma sus bondades, en el futuro esta insulina será un gran aporte en el tratamiento de la diabetes.



La insulina oral Nobex pasa por el estómago, es absorbida por el intestino delgado y a través de la vena porta llega al hígado donde ejerce su función. El exceso de insulina se esparce en la periferia del cuerpo.

TOMATE UNA COPA DE VINO,

sólo una copa de vino

El alcohol una vez ingerido se absorbe con rapidez en el estómago y pasa directamente a la sangre, por lo que se aconseja beber cuando se ha comido, ya que así se disminuye su absorción. El alcohol es el depresor del sistema central que más se consume, a pesar de que la población en general esté convencida de que es un estimulante. Tiene un efecto anestésico sobre el encéfalo, produciendo un efecto de desinhibición en ciertos aspectos de la conducta de la persona, lo que le hace parecer que es un estimulante.

Un peligro para los diabéticos que beben alcohol es que pueden sufrir hipoglicemias. Cuando un diabético bebe, la capacidad del hígado para producir glucosa nueva puede estar bloqueada por completo. Dado que el azúcar no está disponible libremente cuando se necesita, la hipoglicemia que sigue puede ser bastante profunda y prolongada, y pueden intensificarse los efectos de la insulina que descienden los niveles de glucosa en sangre.

Se considera que alrededor del 20 por ciento de los episodios de hipoglicemia severa son atribuibles al alcohol y, con frecuencia, los pacientes consultan a sus médicos acerca del impacto de la bebida sobre la diabetes. En términos de cantidad, las asociaciones americana y británica de diabetes, recomiendan no sobrepasar el consumo de 12,8 gramos de alcohol puro -1 unidad - equivalente a un vaso de vino.

Para las personas tratadas con insulina, las recomendaciones hacen hincapié en que no se deben omitir los carbohidratos de la dieta, que el alcohol debe ser consumido con alimento, o poco tiempo después de haber comido y que el riesgo de hipoglicemia se puede extender durante varias horas tras la ingesta del alcohol. Se considera que la inhibición de la glucogénesis, es decir, la síntesis de glucosa en el hígado a partir de aminoácidos, es la causante de ese efecto metabólico del alcohol. Además, debe destacarse que los síntomas habituales de hipoglicemia pueden verse enmascarados por los efectos del alcohol sobre el cerebro. Incluso un moderado consumo de alcohol (1-2 unidades) puede reducir la alarma de hipoglicemia y reducir la respuesta contrareguladora adecuada.

Los resultados de algunos estudios han puesto de manifiesto que el consumo de bebidas alcohólicas durante la noche, aumentaba el riesgo de hipoglicemia a la mañana siguiente, entre 12 y 16 horas después de su ingesta.

Para intentar conocer mejor el control de glucosa y las respuestas hormonales durante las 12 horas siguientes al consumo nocturno de alcohol, un grupo de investigadores del hospital St. Thomas, de Londres, Inglaterra, han realizado un estudio con 6 pacientes varones con diabetes tipo 1, con una media de edad de 33 años, y una media de 13 años de duración de la diabetes. Ninguno de los pacientes incluidos tenía complicación alguna ni realizaba un consumo excesivo de alcohol. Todos ellos eran tratados con un régimen de insulina en el que recibían insulina regular (corta duración) antes de cada comida, e insulina NPH (duración media) antes de ir a dormir.

Cada paciente fue sometido a dos períodos de estudio de 20 horas, entre los que podían transcurrir una o dos semanas, que comenzaban a las 17 horas. Una cánula intravenosa era situada en cada brazo, se les inyectaba insulina regular en la pared abdominal a una dosis que era el 70% de su dosis habitual para reducir el riesgo de hipoglicemia. A las 18 horas, los pacientes tomaban una comida en el que la distribución nutricional era: 50% carbohidratos, 30% grasas y 20% de proteínas. No tomaron más alimento hasta el desayuno. A las 21 horas, a tres pacientes se les suministraba vino blanco y a los otros tres se les suministraba la misma cantidad de agua, como control. Para ser bebidos de manera constante durante 90 minutos. El volumen de vino fue ajustado para que cada paciente tomara 0.75 gramos por kilo de peso (6.6 unidades de alcohol para una persona de 70 kilos).

Durante las horas de estudio, se tomaron muestras de sangre para medición de glucosa cada 30 o 60 minutos. En las muestras de sangre tomadas, también se analizaron los niveles de insulina, cortisol y glucagón.

Considerando los datos del estudio realizado, un total de 5 pacientes de los 6 que formaban parte del grupo de estudio, mostraron síntomas de hipoglicemia tras el desayuno del día siguiente y requirieron tratamiento. El nivel mínimo de glucosa de estos 5 pacientes se encontraba entre los 34

y los 52 mg/dl. Y esa situación se planteó entre las 10 y 12 horas del día siguiente, osea, a las 12 horas después de haber ingerido alcohol.

Sin embargo, los niveles más bajos obtenidos cuando los pacientes recibían sólo agua, como parte del grupo control, fueron entre 93.6 y 212 mg/dl de glucosa, y el único paciente que tras la ingesta de alcohol no desarrolló hipoglicemia tenía, una diabetes establemente controlada.

Tras los resultados obtenidos, se concluye que el consumo moderado de alcohol 2-3 horas después de la cena, aumenta de manera importante la probabilidad de hipoglicemia tras el desayuno de la mañana siguiente.

Asimismo destacan que la cantidad de alcohol suministrada a los pacientes en este estudio, representa el consumo medio de adultos jóvenes en sus salidas nocturnas. Por tanto, recomiendan un especial estado de alerta a los pacientes con diabetes tipo 1, no sólo las horas inmediatas a la ingesta de alcohol, sino también la mañana siguiente a una noche en la que se ha bebido alcohol. Se recomienda reducir la dosis de insulina previa al desayuno

En la sociedad actual, el consumo de alcohol se ha vuelto una costumbre social y de negocios para toda la población en general. Muchos diabéticos que intentan vivir lo que ellos consideran una vida "normal" beberán ocasionalmente, a pesar de la recomendación contraria, por tanto será mejor la educación que la represión. En cualquier caso toda persona con diabetes debe comprender el uso y el abuso del alcohol.

NO ESTA PROHIBIDO CONSUMIR ALCOHOL, PERO DEBE HACERLO CON MODERACION.

Moderación significa no sobrepasar 1 a 2 unidades de alcohol, una o dos veces por semana.

Una unidad de alcohol equivale a:

- 1 vaso de vino de 120 cc.
- 1 shop de cerveza de 330 cc.
- 1 medida de licor de 35 cc.

1 unidad = 90 calorías

DESDE AHORA

Johnson & Johnson

Medical de Chile

pone a su

disposición la línea

Lifescan

líder mundial en

medición de glucosa

en sangre

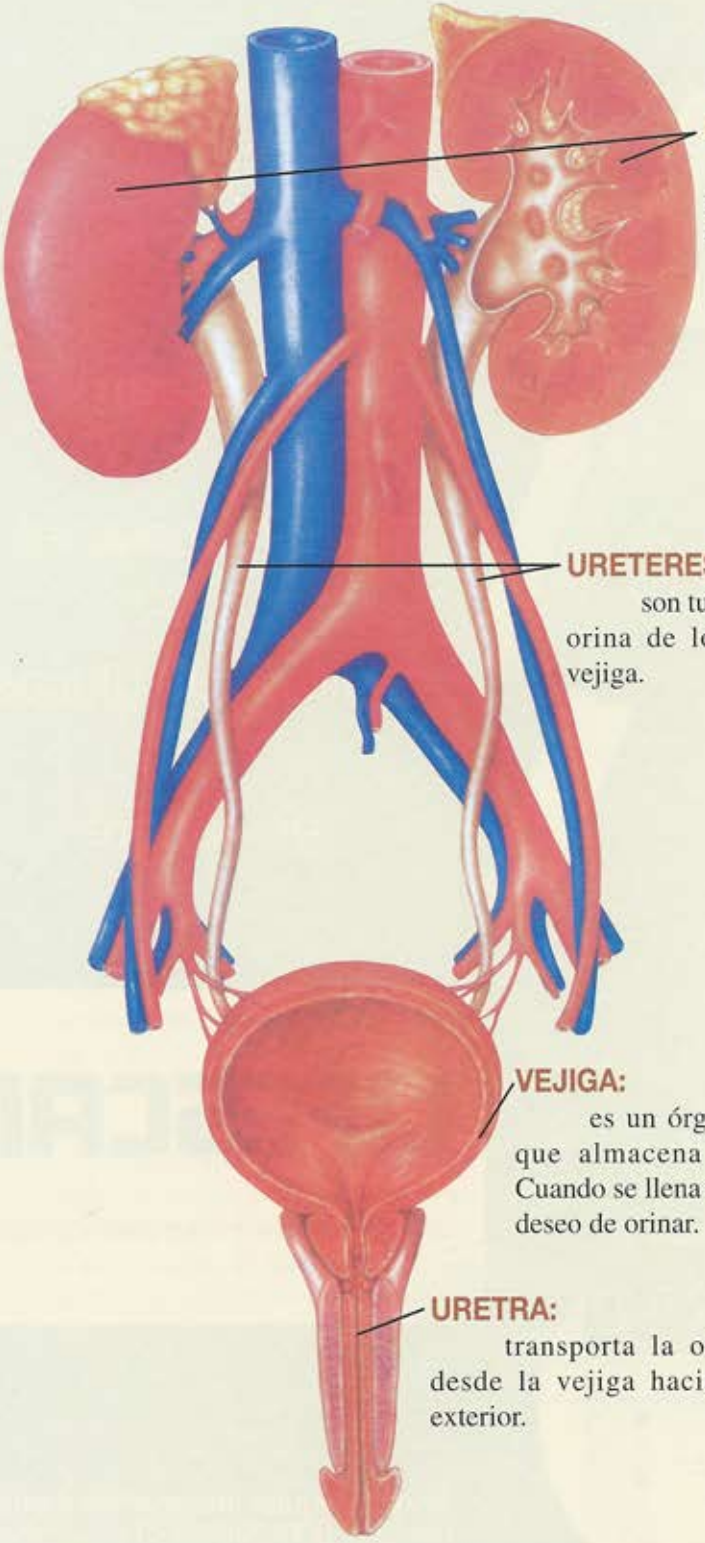
LIFESCAN

a Johnson & Johnson company

Para cualquier informacion llame sin costo al 800-200-5433 o escribanos a *lifescan@medcl.jnj.com*
Av. Kennedy 5454 Piso 12

La Infección Urinaria

Infección Tracto Urinario (ITU)



RIÑONES: limpian la sangre y forman de esta manera la orina.

URETERES: son tubos que llevan la orina de los riñones a la vejiga.

VEJIGA: es un órgano hueco que almacena la orina. Cuando se llena se siente el deseo de orinar.

URETRA: transporta la orina desde la vejiga hacia el exterior.

Dr. Sergio Moreno F.
Residente de Urología
Hospital Clínico
P. Universidad Católica de Chile

Las ITU son infecciones que comprometen el sistema urinario y afectan con mayor frecuencia a las personas con diabetes y a las mujeres (1 de cada 5 mujeres tendrá una ITU en su vida). El sistema o tracto urinario está formado por los riñones, uréteres, vejiga y uretra.

¿QUE CAUSA UNA ITU?

Las infecciones urinarias habitualmente son causadas por bacterias.

Éstas son microorganismos que viven en el sistema digestivo (por ejemplo el intestino), la vagina o alrededor de la uretra, y que al entrar al sistema urinario ascienden por él y producen una infección. Normalmente el tracto urinario tiene sistemas de defensa contra estos microorganismos invasores, sin embargo, estos mecanismos defensivos se encuentran disminuidos en mujeres, ancianos y diabéticos.

Hay ciertos factores de riesgo que tienden a favorecer el desarrollo de infecciones del tracto urinario. Éstos son:

- Sexo femenino: las mujeres tienen mayor frecuencia de ITU debido a que su uretra es más corta que la del hombre y junto a la actividad sexual facilita que las bacterias lleguen al sistema urinario.
- Obstrucción del sistema urinario: el tracto urinario se puede obstruir por la presencia de cálculos en la vía urinaria o crecimiento de la próstata (órgano masculino que se encuentra debajo de la vejiga y rodeando la uretra, por esto al crecer obstruye la salida de la orina desde la vejiga).
- Diabetes: la presencia de azúcar en la orina (glucosuria) favorece el crecimiento de bacterias en la orina.

¿CUANDO DEBO CONSULTAR MI MEDICO?

No todas las ITU producen molestias. En el caso de las personas con diabetes se pueden manifestar por una descompensación y elevación "inexplicada" de las glicemias. En la mayoría de las personas se presenta algún síntoma o signo, como sensación de ardor al orinar, persistente deseo de orinar y en pocas cantidades, orina con mal olor, turbia o con sangre. Dependiendo del lugar del sistema urinario comprometido se pueden producir cuadros clínicos más definidos:

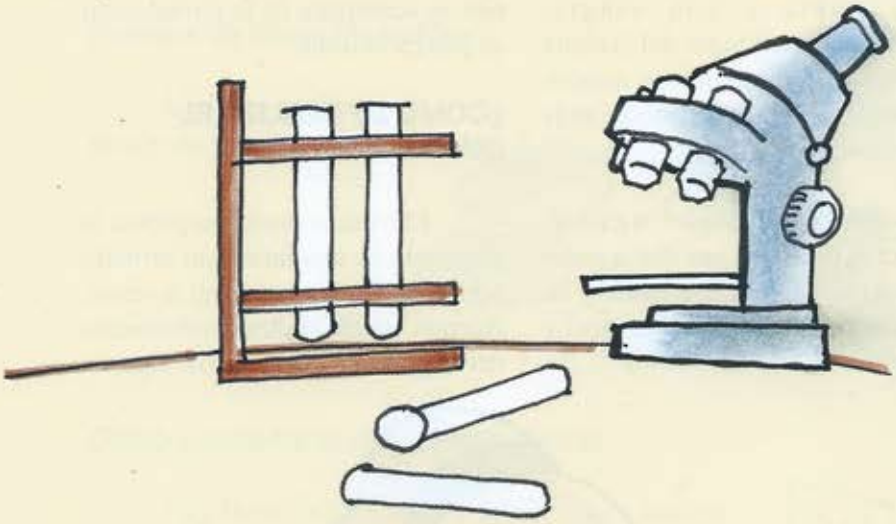
Pielonefritis aguda: infección del riñón que causa dolor en la parte baja de la espalda y en un lado, fiebre, calofríos, náuseas y vómitos.

Cistitis: infección de la vejiga que produce dolor en la parte baja del abdomen y orina de mal olor.

Uretritis: infección de la uretra que se acompaña de la eliminación de pus en la orina.

¿COMO SE REALIZA EL DIAGNOSTICO?

El médico puede sospechar la presencia de una infección urinaria por las molestias que usted le relate. Además se debe realizar confirmación del diagnóstico por medio de algunos



exámenes. Estos exámenes incluyen:

• Análisis microscópico de la orina: permite observar la presencia de pus e incluso identificar exactamente el tipo de bacteria que está produciendo la infección (una de las más frecuente es la llamada Escherichia Coli y que habita normalmente en el intestino).

• Exámenes de tipo radiológico (radiografías, ecografías o escáners): para definir si existe obstrucción de las vías urinarias por cálculos o crecimiento de la próstata, o hay pielonefritis graves con infección de los tejidos que rodean los riñones.

COMPLICACIONES

Si una ITU es diagnosticada y tratada a tiempo no produce complicaciones, sin embargo, de no ocurrir así pueden producirse algunas complicaciones. Éstas pueden ser que una infección urinaria baja (que compromete la vejiga o uretra) suba a los riñones y produzca una infección de ellos, es decir, una pielonefritis aguda con posibilidades de dañarlos en forma irreversible. Además en mujeres embarazadas pueden gatillar que los nacimientos se produzcan antes y con niños de bajo peso y en los diabéticos pueden llegar a descompensar su diabetes.

¿COMO PODEMOS MEJORARNOS DE UNA ITU?

Lo primero es consultar oportunamente a nuestro doctor. No es bueno intentar tomar medicamentos por nuestra cuenta porque con esto podemos estar haciendo un tratamiento inadecuado e incluso favorecer que algunas bacterias se hagan más agresivas. De acuerdo con el resultado de los exámenes se nos indicará un antibiótico oral, es decir, un medicamento que se toma y está dirigido a matar específicamente la bacteria que nos está atacando. Incluso en casos de infecciones graves que comprometen los riñones puede ser necesaria la hospitalización para dar antibióticos más potentes por las venas. Siempre es importante certificar que el tratamiento fue adecuado realizando un nuevo examen de orina que muestra la ausencia de bacterias en la orina. En caso que una infección urinaria se repita es importante consultar un médico especialista (urólogo) que se encargará de estudiar porqué la ITU es recurrente.

• Orinar frecuentemente evitando que la orina permanezca mucho tiempo en la vejiga,

• Evitar usar desodorantes o jabones en la región genital,

• Limpiarse siempre de delante a atrás evitando que las bacterias de la región anal lleguen a la vagina y la uretra,

• Orinar antes y después de tener relaciones sexuales,

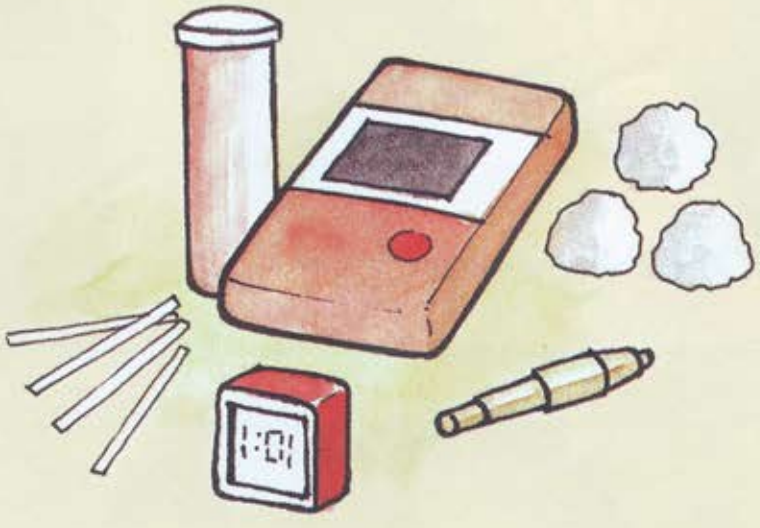
• Darse baños de ducha más que de tina,

• ¡Cuidando muy bien tu diabetes!

PREVENCION Y AUTOCUIDADO

Se puede reducir el riesgo de desarrollar infecciones urinarias tomando las siguientes medidas:

• Beber muchos líquidos durante el día, especialmente agua,



¿COMO APRENDER MAS DE LAS ITU?

Si quieres informarte más acerca de las infecciones urinarias puedes visitar algunos sitios en internet:
- Clínica Mayo (www.mayoclinic.com),
- Información nacional de enfermedades renales y urológicas (www.niddk.nih.gov),
- Fundación americana para enfermedades urológicas (www.afud.org),
- Fundación nacional del riñón (www.kidney.org).

Sesión Familiar

Con gran entusiasmo, papás y niños recién diagnosticados participaron en la SESION FAMILIAR realizada en noviembre, en Padre Hurtado.

Concepción

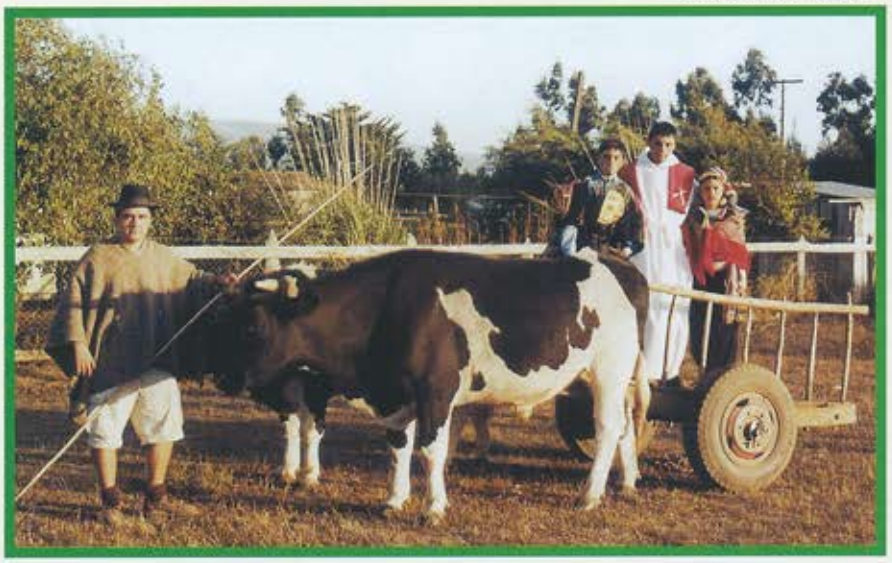
En el tradicional campamento de la Corporación de Ayuda al Niño y Adolescente Diabético realizado en la Escuela de Llancao, Cañete, participaron 60 diabéticos insulino-dependientes y un grupo de profesionales: Dra. Andrea Gleisner y Dr. Alejandro Martínez, enfermeras y un grupo de mamás de niños menores de 7 años, lo que en total sumaron alrededor de 70 personas.

Nocolás Insulza ya se inyecta solo.

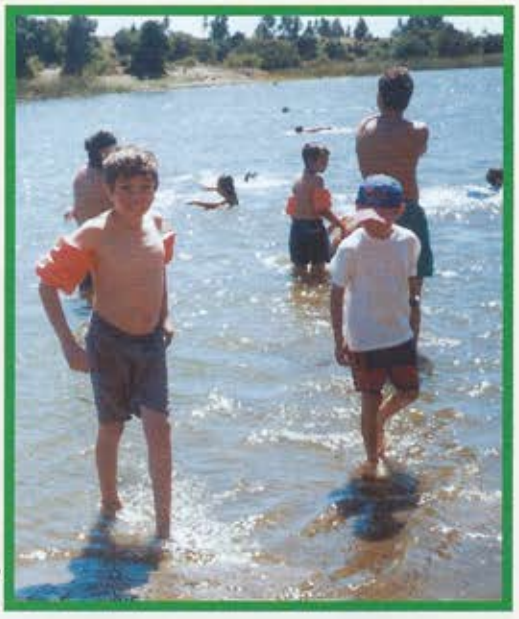
Nocolás Soto, aprendiendo a inyectarse ayudado por su monitora Andrea.

Maribel Alarcón inyectándose por primera vez.

Paseo de los novios.



Los más pequeños del campamento.



Disfrutando a orilla del lago.

El casamiento tradicional de Concepción.

¡Ya se inyectan solos!

Víctor Manuel.

Carrera de ensacados.

V Región

Dirigidos por su presidenta Vivian Lyng, su vicepresidente Dr. Mario Moreno y un grupo de entusiastas monitores, la filial V° región ha realizado un sinnúmero de actividades durante todo el 2002.

El sábado 14 de septiembre celebramos junto a los socios más pequeños y sus familias las Fiestas Patrias. Más de 50 asistentes pudieron disfrutar de un esquinazo, juegos y una buena coversación.

Jornada de integración de jóvenes adolescentes en la Laguna Sausalito, en esa ocasión trataron temas relacionados con el alcohol, el cigarro y la sexualidad en el paciente diabético, además de compartir una tarde entretenida junto a los monitores.

En la Laguna Sausalito se realizó la Jornada de Mi Mejor Amigo, actividad dirigida a jóvenes diabéticos de 15 a 26 años y a su mejor amigo, El objetivo es enseñar de manera entretenida a manejar esta condición, educando al amigo de tal manera que al enfrentarse a una situación límite pueda ayudar a su compañero.

Celebramos Pascua de Resurrección junto a nuestros socios más pequeños. Aquí tuvieron la oportunidad de jugar, pintar y entretenerse junto a sus monitores.

El sábado 28 de septiembre celebramos con los socios adultos las Fiestas Patrias, con una charla educativa del Dr. Renato González. Más de 100 personas pudieron aclarar dudas y compartir junto a sus pares un esquinazo y empanadas, mientras el laboratorio Bayer efectuaba una toma de glicemias.

Con una entretenida fiesta de disfraces celebramos el día del niño, donde los niños tuvieron la oportunidad de jugar, cantar y bailar junto a los monitores.

En la primera semana de los meses de marzo a noviembre se realizó la Escuela de Diabetes 2002, donde tuvimos la oportunidad de apoyar, educar y orientar a aproximadamente 250 socios y sus familias.

En julio se realizó nuestro tradicional Campamento de Invierno Viña 2002, en el cual participaron 70 niños diabéticos entre 7 y 16 años apoyados por un equipo de 30 personas, formado por médicos, enfermeras, nutricionistas y monitores.

Ocoa 2002

Un total de 400 jóvenes entre campistas y monitores participaron en los campamentos de verano en Ocoa.

Cena de Gala

Mejor campista Esteban Erazo en
"Cena de Gala" con la mejor monitora.

Antofagasta

También Antofagasta realiza todos los años su campamento para jóvenes con diabetes. Aquí los vemos.

Navidad 2002 en Santiago

NovoPen® 3

Ampliando las Alternativas

NOVO NORDISK®

INSULINAS HUMANAS ADN

Recombinante HMge

Novofine®

Todo el día bajo CONTROL

GlucaGen HypoKit

Rápida acción para hipoglicemias severas.

LISTO PARA SU USO

R.D/MAS DESIGN

PENTA FARMA

SOLUCIONES INTEGRALES EN DIABETES

PENTAFARMA S.A. Av. Pocuro 1915 Providencia - Santiago

Fono: 269 7440 • Fax: 269 7433 • www.pentafarma.cl

novo nordisk®

Con Optium® Plus

La nueva cinta para medir glucosa en sangre

PERFECTA COMPOSICION

- Sólo necesita 2,5 µL de muestra de sangre.
- Unica de 3 electrodos.
- Aspira rápidamente la muestra de sangre en cualquier posición.
- Cinta transparente para confirmar visualmente si hay suficiente muestra de sangre.
- Elimina las interferencias a más de 60 medicamentos y metabolitos como Aspirina®, colesterol o ácido úrico.
- Nuevo envase dorado individual de fácil identificación y abertura.
- Resultados comparables con los del laboratorio.

RESULTADOS EN DOS PASOS

- Se introduce la cinta reactiva Optium® Plus en el sensor.
- La cinta aspira una pequeña gota de sangre, obteniendo los resultados en 20 segundos.

Optium® único sistema que permite medir glucosa y cetonas en sangre, para un mejor control de su diabetes.

MediSense®

ABBOTT

Abbott Laboratories de Chile Ltda.
Avda. El Salto 5380 - Huechuraba
Tel. 750 6071 - Fax 750 6074