Diabetes control

ENTREVISTA

Carlos Cortés

"El único responsable de mi diabetes soy yo"

TESTIMONIOS: TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN 40 AÑOS

COBERTURA DE LA DIABETES EN CHILE

LOS MITOS DE LA HIPOGLICEMIA

PSICOLOGÍA: CRECER CON DIABETES

Revista de la Fundación de Diabetes Juvenil de Chile
N°42 Año 2016

GUARDIAN™ CONNECT

Nuestra última innovación para la monotorización contínua de glucosa. Funciona con 3 elementos: un sensor delgado, un pequeño transmisor conectado al sensor y la aplicación Guardian™ Connect en un dispositivo iOS. Toda la información se puede compartir fácilmente a distintos equipos móviles.

GUARDIAN™ CONNECT APP

Vigilancia 24/7 de los niveles de glucosa y tendencias que se muestran directamente en el dispositivo móvil del paciente y en otros 5 equipos que él escoja.
Alertas sobre situaciones que pueden requerir atención inmediata, por ejemplo, las alertas sobre el umbral y alertas anticipadas de glucosa alta y baja.
Alertas SMS opcionales para niveles altos y bajos de glucosa.

SENSOR ENLITE™

Mide continuamente los niveles de glucosa en el líquido intersticial y está conectado al transmisor.

TRANSMISOR GUARDIAN™ CONNECT

Se conecta al sensor de glucosa y envía la lectura cada 5 minutos a la aplicación del dispositivo móvil vía bluetooth.

REPORTE DE DATOS DE CARELINK™ PERSONAL

Un conjunto de informes de fácil interpretación estarán disponibles para los pacientes en Carelink™ Personal.

DISPONIBLE PRÓXIMAMENTE

www.medtronicdiabeteslatino.com

Medtronic

Rosario Norte #532 / Piso 12 / Las Condes / Santiago / Teléfono: 226403200 / www.medtronicdiabeteslatino.com

Diabetes control
n°42
AÑO 2016
www.diabeteschile.cl

Diabetes Control es una publicación de la Fundación Diabetes Juvenil de Chile.

Directorio:
Presidente: Carmen Cruchaga
Vice-presidente: Inés Chocano
Francisco Brown
Oscar Bustamante
Ana Luisa Leal
Carmen Luz Alvarado
Daniel Opazo
Director Ejecutivo:
César Velasco
Gerente General:
Ximena Muñoz
Editor:
César Velasco
Periodista:
Pilar Velasco
Diseño:
Bernardita Valdivieso
Fotografía:
Alvaro Sottovia
Impresión:
A Impresores S.A.
Tiraje:
3.000 ejemplares
Representante legal:
César Velasco

Dirección comercial:
Lota 2344 - Providencia - Santiago - Chile - T. (02) 2 2367 3900
Diabetes Control autoriza la reproducción de sus artículos citando la fuente.

Diabetes Control no se responsabiliza del contenido de los avisos y publi-reportajes de sus auspiciadores.

Queridos socios,

Las glicemias sin dolor, la infusión continua de insulina y finalmente, la bomba de insulina conectada a un monitoreo continuo, son anhelos largamente esperados por toda la gran comunidad de personas con diabetes. Y el gran obstáculo ha sido siempre el costo de estos insumos. La necesidad está.

Una muestra palpable de que la limitación es el costo, ha sido la aparición de un monitor continuo de glicemias a un costo razonable, al extremo que podría pensarse en su incorporación al Auge. Ha sido un verdadero aporte, con miles de unidades vendidas, a pesar de que los compradores son advertidos de algunas limitaciones del sistema, especialmente en diabetes muy lábiles o en los momentos del día de cambios bruscos de la glicemia.

La reacción del público ha sido un mensaje clarísimo a la industria de la diabetes que el impedimento para comprar sensores continuos de glicemia está en el precio y no en una mayor precisión. Es posible que efectivamente algún sensor sea más preciso que otro, pero no es comprable por su alto costo.

No nos cabe duda de que el gran beneficiado con todo este proceso serán finalmente las personas con diabetes. Las compañías bajarán sus precios y mejorarán el producto. Cada día se acerca más el sueño de la bomba con monitoreo continuo a un precio accesible para todos.

Con afecto,

César Velasco
Director Ejecutivo

YA PUEDES HACERLO

EN CUALQUIER MOMENTO Y EN CUALQUIER LUGAR

Bienvenido a la monitorización flash de glucosa

Ahora puedes comprobar tu nivel de glucosa en un segundo con un solo escaneo*

Para más información ingrese a www.freestylelibre.cl o llame al centro de Atención al Cliente al 800 802 226

CLADC1644

FreeStyle Libre
SISTEMA FLASH DE MONITOREO DE GLUCOSA

* Será necesario realizar una prueba de punción digital con un sistema de control de glucosa en sangre cuando los niveles de glucosa cambien rápidamente, si los niveles de glucosa en líquido intersticial no reflejan con precisión los niveles de glucosa en sangre, si el sistema informa de hipoglicemia o hiperglicemia inminente, o si los síntomas no se corresponden con las lecturas del sistema.

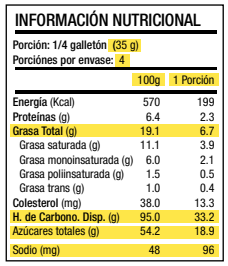
FreeStyle y las marcas relacionadas son marcas comerciales de Abbott Diabetes Care, Inc. en varios países.

Abbott Laboratories de Chile, Ltda, Av. el Salto 5380, Huechuraba, Santiago.
Fono: 800-802-226.

Abbott

I N D I C E

4 TESTIMONIOS
Evolución
en calidad de vida



INFORMACIÓN NUTRICIONAL

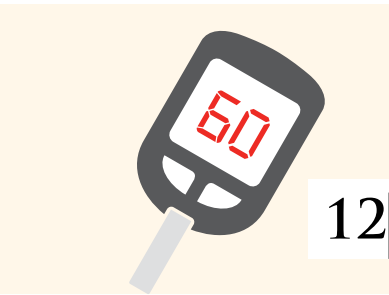
Porción: 1/4 galletón (35 g)
Porciónes por envase: 4

	100g	1 Porción
Energía (Kcal)	570	199
Proteínas (g)	6.4	2.3
Grasa Total (g)	19.1	6.7
Grasa saturada (g)	11.1	3.9
Grasa monoinsaturada (g)	6.0	2.1
Grasa poliinsaturada (g)	1.5	0.5
Grasa trans (g)	1.0	0.4
Colesterol (mg)	38.0	13.3
H. de Carbono. Disp. (g)	95.0	33.2
Azúcares totales (g)	54.2	18.9
Sodio (mg)	48	96

23 NUTRICION
¿Cómo leer
el etiquetado nutricional?

10 DIABETES AL DIA
Farmacia
especialista en diabetes

27 RECETAS
Menú para un día



12 MEDICINA
Los mitos
en torno a la hipoglicemia

30 PSICOLOGIA
Cómo crecer
junto a la diabetes

16 TESTIMONIO
El único responsable
de mi diabetes soy yo

34 MEDICINA
La urgencia
del buen control

18 REPORTAJE
Avances, falencias y temas
pendientes del Auge

38 ACTIVIDADES

Tratamiento de Diabetes tipo 1 en 40 años:

Evolución en CALIDAD DE VIDA

Pilar Velasco C. - periodista

DESDE LA ODISEA DE TENER QUE CONSEGUIR INSULINA PORCINA HASTA NO DISPONER DE UNA OFERTA DE ALIMENTOS LIGHT NI CON INFORMACIÓN NUTRICIONAL. NO HAY QUIEN NO RECUERDE HOY CON SENTIDO DEL HUMOR LAS PERIPECIAS QUE DEBÍAN SORTEAR SUS PADRES EN LAS DÉCADAS DE 1960 Y 1970 PARA CONSEGUIRLES LOS INSUMOS PARA EL TRATAMIENTO DE DIABETES TIPO 1.

Desde la odisea de tener que conseguir insulina porcina con contactos en el aeropuerto pues no había disponibilidad en Chile, pasando por las jeringas de vidrio que debían hervirse para esterilizarlas, hasta no disponer de una oferta de alimentos light y –menos aún- de contar con información nutricional. No hay quien no recuerde hoy con sentido del humor las peripecias que debían sortear sus padres en las décadas de 1960 y 1970 para conseguirles los insumos para el tratamiento de Diabetes Tipo 1.

Si bien los nacidos entre los años de 1980 y 1990 contaron con más información y avance tecnológico llegado su debut en Diabetes Tipo 1, también enfrentaron diversas situaciones que hoy relatan entre risas. Pero, tengan la edad que tengan, lo cierto es que todos comparten una convicción: no hay impedimento alguno para llevar una vida absolutamente normal.

EL DEBUT

Sin ser necesariamente un recuerdo traumático, la mayor parte de quienes se inician siendo niños con diabetes tipo 1 suelen evocar ese momento con bastante claridad. Tal es el caso de Violeta Salazar, auxiliar de Farmacia de la Fundación de Diabetes Juvenil de Chile (FDJ), quien debutó en 1971 cuando tenía 10 años de edad: "Había días en que mi mamá me veía distinta; decaída, con mucha sed. De vacaciones, en el Hospital de San Antonio, me diagnosticaron diabetes tipo 1. Luego, en el San Juan de Dios comencé el tratamiento y la educación para lo que enfrentaría. Mis hermanos se quedaron en la playa y mis papás venían a diario a Santiago. Eran muy pocos casos en la zona; los pronósticos no daban más de 30 años de vida en ese entonces y mis papás estaban aterrados. Mi pena era quedarme sola en el hospital y que me pincharan tanto. Estuve una semana ahí. A diferencia de lo que se vivía en otras partes, en el San Juan me enseñaron todo. Tenía un control mensual y siempre nos hacían clases".

Algo distinto vivió Patricia Calm, 68 años, socia administradora de una empresa familiar de aceros y metales, quien debutó a los 22 años. En esa época, trabajaba y estudiaba para concertista en piano, cuando empezó a ver doble. "Me recetaron anteojos, pero el problema empeoró, con episodios de mucha sed y falta de energía, hasta que no me pude levantar del cansancio. Me diagnosticaron fiebre aftosa y cada día me sentía peor. Llegué a pesar 35 kilos, hasta que llamaron al Dr. Manuel García de los Ríos, quien me salvó la vida. Estaba en 990 de glicemia, con coma diabético en mi casa. No sabíamos nada; me dio un shock insulínico, quedando ciega por ocho meses, absolutamente impedida y atendida por mis padres. Después de esto, empecé a ver puntos negros y a recuperarme lentamente hasta volver a trabajar sin problemas, llevaba mis comidas y un maletín con jeringas, insulinas y tiras reactivas a todas partes", hoy cuenta con asombro, aunque con cierta nostalgia de haber dejado su sueño de ser concertista en piano.

Sin recuerdos de haber vivido otra realidad, Christian Andrades, inspector y profesor de educación física en un colegio viñamarino, 27 años, debutó al año y ocho meses de edad. Amante de los deportes, cuenta que su madre le dijo que, siendo un niño muy inquieto, un día pidió tomar mucha bebida. Luego, se desplomó, quedando inconsciente en coma, con muy mal pronóstico. "En el hospital intentaron ver de qué se trataba, hasta que llegó un endocrinólogo, con muy poca experiencia en diabetes juvenil y con un tratamiento extremadamente antiguo. Buscando otras alternativas, mi mamá averiguó con otros padres hasta que llegó a las manos de la pediatra Dra. Vinta Giadrosich, que le explicó que la diabetes tipo 1 estaba llena de mitos y que era una condición absolutamente sobrellevable", relata.

EL ROL DE LOS PADRES

Sea cual sea el contexto en el que se inserte el debut, lo cierto es que todos coinciden en que el rol de sus padres es gravitante. Las formas en cómo éstos llevan la condición de sus hijos varía bastante, tal como reconoce Violeta Salazar tras sus largos años de experiencia atendiendo en la Farmacia de la FDJ: "la verdad es que se ve de todo: papás con hijos recién diagnosticados, apenados, angustiados, buscando consejos. Uno les aporta su experiencia; que vean que no es algo

Violeta Salazar

Patricia Calm

SI BIEN LOS NACIDOS ENTRE LOS AÑOS DE 1980 Y 1990 CONTARON CON MÁS INFORMACIÓN Y AVANCE TECNOLÓGICO LLEGADO SU DEBUT, TAMBIÉN ENFRENTARON DIVERSAS SITUACIONES QUE HOY RELATAN ENTRE RISAS. PERO LO CIERTO ES QUE TODOS COMPARTEN UNA CONVICCIÓN: NO HAY IMPEDIMENTO ALGUNO PARA LLEVAR UNA VIDA ABSOLUTAMENTE NORMAL.

terrible, sino que hay que aprender a llevarlo. Hoy está todo para vivir con esta condición sin problemas".

Gonzalo Guerra, ingeniero comercial, 62 años, cree que mucho depende de la personalidad y de cómo los padres manejan la diabetes en los niños: "Uno ve que, a través del celular, hay papás que caen en un control excesivo con sus hijos diabéticos, lo que hace a los niños estar pendientes de esta condición todo el día, sintiendo agobio. Hay que controlar y respetar la diabetes, pero no temerle". Lo dice con conocimiento de causa: debutó a los 3 años y, a los 5, aprendió a pincharse. Su madre le dijo algo clave que lo ayudaría de por vida: "Yo te llevo al doctor, pero esto es tuyo". "Mis padres nunca me hicieron sentir distinto. La alimentación y vida eran sanas para todos, sólo habían diferencias puntuales. Había mucho diálogo", recuerda.

Para otros, la falta de información o simplemente el desconocimiento respecto de la diabetes tipo 1 generó grandes miedos en sus progenitores. Tal fue el comienzo de Ignacio Godoy, Ingeniero Comercial, 25 años: "cuando debuté a los 5 años, mi mamá pensó que me iba a morir; no sabíamos nada. Eliminó el azúcar y toda mi familia vivió la diabetes conmigo. En ese tiempo no habían tablas de nutrición en los alimentos y había que enfrentarse a los mitos, controlar mucho las cantidades y los horarios. Para mis papás esto fue un golpe fuerte", reflexiona. Durante mucho tiempo, todo se hizo cuesta arriba: "Ir a los cumpleaños era un problema; iba a todo con mis cosas. Una vez, en vez de huevitos de chocolates, me regalaron aceitunas. Eso fue el colmo. Después de este episodio, hubo un cambio de switch y en mi casa empezaron a convivir las cosas con y sin azúcar. Supongo que a mis papás les costó lo mismo que a cualquier padre primerizo", recuerda hoy entre risas.

Pese a reconocerlos aprehensivos, José Ignacio Muñoz, abogado, 28 años, siente que sus padres lo ayudaron a crecer sin problemas ni traumas: "Nosotros vivíamos en Temuco y, aunque sé que sufrieron por la incertidumbre y la escasa tecnología que había en regiones, mis papás se lo tomaron relativamente bien. No conocí otra historia; siempre fui diabético".

ADOLESCENCIA

Para muchos padres, el período de la adolescencia puede ser una etapa en la que la relación con sus hijos se vuelve más compleja. Libertad, independencia, rebeldía, opiniones diferentes y ganas de administrarse solos son sentimientos que los jóvenes suelen experimentar. En el caso de los adolescentes con diabetes, se suma la natural preocupación de los papás de tener la certeza de que sus hijos son capaces de autocontrolarse en esta etapa que está asociada a tomar riesgos.

Violeta Salazar recuerda que su adolescencia fue difícil porque ella quería salir y sus padres le restringían los horarios: "Me vino una rebeldía; no quería cumplir horarios. Tuve varias crisis de hipoglicemia por no comer. Este período me terminó costando caro porque de adulta me vino una retinopatía diabética y perdí la visión de un ojo y una gastroparesis. Recién a los 26 años comencé a controlarme. Ya estaban en Chile los medios para hacerlo (tiras para hacerse glicemias, mejores insulinas)".

Tras haber pasado por varios campamentos de la FDJ desde los 6

años, Christian Andrades cuenta que él aprendió junto con sus padres y, siendo adolescente, él tomó las riendas de su condición. Sin embargo, recuerda que en este tiempo hubo etapas difíciles, de rebeldía y de cuestionamientos: "Me daba lata el tratamiento, hacer siempre lo mismo y darme cuenta de que no iba a estar mejor de lo que ya estaba en ese momento. Peleé mucho con mi mamá, le mentía; me saturaba el exceso de control". Cuenta –con emoción– que la muerte de su mejor amigo a los 15 años en un accidente lo hizo madurar de golpe y asumir las cosas desde otra perspectiva: "Empecé a saber más de diabetes, conversaba con mi mamá. Comencé a carretear con amigos diabéticos, los que me dieron tips para mantener bien los indicadores. Fue un ensayo y error también. En la Universidad, todos mis amigos sabían qué hacer en caso de, pero jamás he necesitado la ayuda de terceros. Tuve varias convulsiones nocturnas hasta como los 12 años por ajustes de insulina en una época que hacía mucho deporte y me descompensaba. Para mí, ha sido clave el amor propio, aprender a quererme y a cuidarme tal cual soy. Dejé de lado el 'filo con todos'. Ahora que soy papá, debo estar bien para ellos. Cuando me vuelve la lata, me doy cuenta de que ya pasé esa etapa", reflexiona.

Para Ignacio Godoy, estar cerca de la FDJ y ser monitor tantos años fue clave: "Aprendí mucho, carreteaba con otros diabéticos y mis papás me vieron responsable, metido en este mundo. Pese a ser controlado y riguroso, en tercer año de universidad me cansé por muchas variables que influyeron… horarios distintos, tener que andar con cosas para comer. Pero mi rebelión tuvo que ver con no llevar el cuaderno de glicemia o de inyectarme al ojo. A carretear empecé tarde por miedo a la diabetes. Salí siempre, pero no tomaba. Empecé a tomar en esta época, pero tranquilo. Aprendí a leer los efectos del trago en mí, por lo que nunca tuve este problema. Mis amigos me cuidaban mucho. Mis papás ya no estaban encima, hacía todo yo. Esto me duró cerca de dos años, en donde había altos y bajos anímicos, pero sin autodestrucción. Esto paró cuando tomé conciencia de cómo quería vivir y qué repercusiones podía tener en mi vida mi comportamiento", dice a sus 25 años.

Cuenta José Ignacio Muñoz que, al llegar a Santiago, le recomendaron ir a los campamentos de la FDJ: "Ahí conocí sobre la diabetes, estuve con otros niños igual que yo, compartí datos, herramientas, cómo cargar las jeringas y desarrollar habilidades sociales. La independencia que uno logra en los campamentos ayuda a generar confianzas y esto permite a los padres pasarles a los hijos diabéticos el bastón de la responsabilidad. A mí me lo pasaron cerca de los 15 años", afirma.

Pablo Guzmán, arquitecto, 41 años nos cuenta: "Siendo adolescente, me emborraché. Después de eso, empecé a entender cómo funcionaba mi cuerpo y pasé por la plena adolescencia viviendo la diabetes yo; no mis papás. Ellos preguntaban, pero esto lo asumí yo. Soy bastante tajante en decir que la diabetes no me cambió en nada. Hay mucha gente que vive un lamento; no ha sido mi caso. Había que salir adelante y no sacaba mucho achacándome. Si no fuera porque sigo un tratamiento, me hago exámenes y me controlo con el doctor, la diabetes no existiría en mi vida". Respecto del rol de

Dr. Marcelo Díaz de Valdés

los campamentos, es claro: "La labor de la FDJ es fundamental; todo diabético debería pasar, al menos, por un campamento… casi como servicio militar. En la etapa escolar fui monitor de la FDJ y fui a varios campamentos, en donde conocí a otros diabéticos, aprendí métodos y educación en general".

LOS AVANCES

Quienes debutaron en la década de 1970, recuerdan a sus padres haber enfrentado la escasez de insulina en Chile, razón por la cual muchos la conseguían en Argentina. O haber tenido que afilar las gruesas agujas para poderlas reutilizar o hervir las jeringas de vidrio con vinagre para sacarles el sarro. Violeta Salazar cuenta: "en los primeros años, el tratamiento era horrible, trabajoso... no había cómo medirse, sino que se hacía vía orina. Las insulinas eran bovinas-porcinas. Si uno se pinchaba mal, quedaban unos cototos en la piel. En ese período, el desabastecimiento de insulina en el país era fuerte, costaba un mundo encontrarla en Chile". "Antes, los chequeos eran cada dos o tres meses y no era raro ver gente con complicaciones por falta de control", complementa Marcelo Díaz de Valdés médico, 56 años.

En la década de 1980 empezó el cambio, con las máquinas de glicemia, cintas de control y la insulina humana. Salió al mercado la bomba, que en ese entonces tenía el tamaño de un libro de 180 páginas y había que diluir la insulina para poder usarla. Los alimentos tampoco contaban con información nutricional, ni existía la opción de productos con endulzantes.

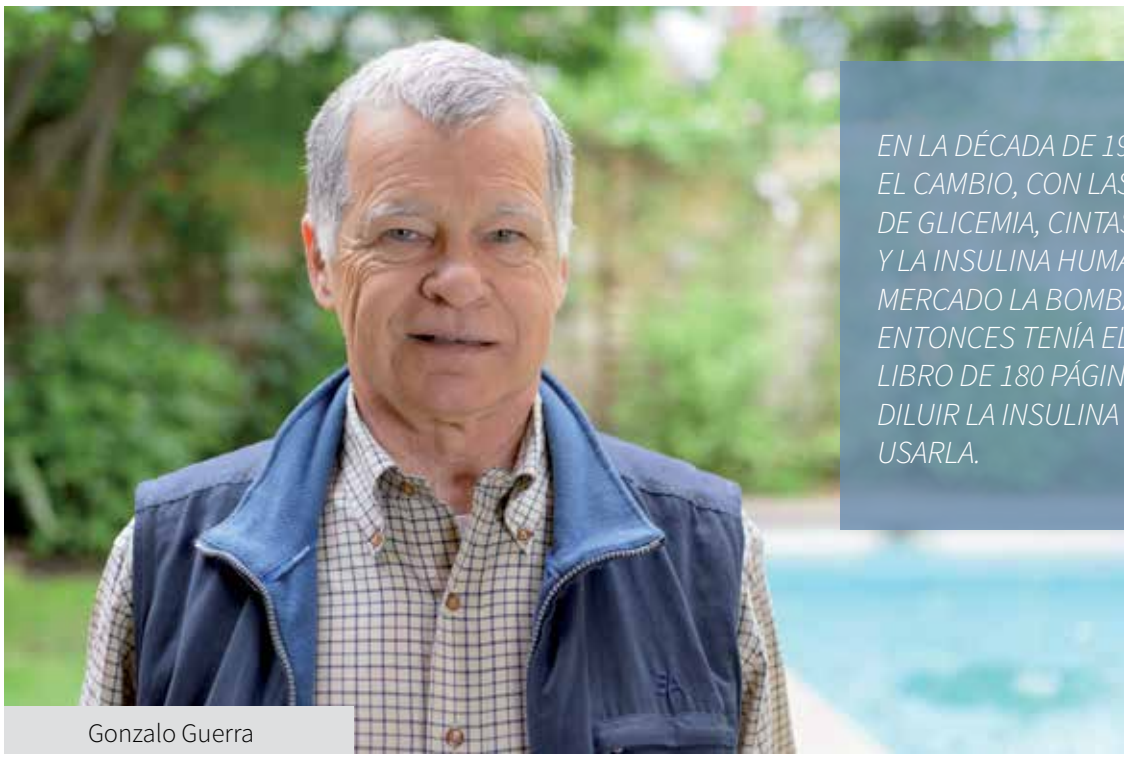
El mayor problema, según Patricia Calm, radicaba en la escasez de todo, los altos costos y la cantidad de trabajo que implicaba cuidarse: "El control se hacía por la orina y unas tiritas, las que había que comparar por color. Fue una etapa bien esclavizante y los costos eran altísimos. En la década de 1980, con el ingreso de la insulina lenta y la rápida en envases prácticos, todo fue mejor".

Ignacio Godoy mira hacia atrás y considera que el cambio que ha experimentado el tratamiento ha sido enorme: "Hoy en cinco segundos me mido el nivel de azúcar en la sangre; con la llegada de la ultrarrápida uno puede comer cuando quiera y no con tanta rigidez de horario; con la insulina glargina –que dura 24 horas– los horarios son aún más flexibles, especialmente en la universidad donde la rutina cambia todos los días. Siento que cambió el conocimiento en torno a la diabetes. Estamos más conscientes de lo sano y contamos con mucha más información".

COSTOS EN SALUD

No caben dudas de que los avances experimentados en el tratamiento y control de la diabetes han facilitado y permitido mejorar muchísimo la calidad de vida de quienes tienen esta condición. Así como tampoco es difícil encontrar opiniones favorables en torno a la contribución que realiza el Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE) al financiamiento de la diabetes desde su adopción en el año 2005. Pese a reconocer sus méritos, quienes son usuarios permanentes de este sistema indican que debe seguir mejorando tanto la cobertura como los insumos.

El Auge a sido un avance tremendo. Cuento con Isapre y no tengo inconvenientes, pero amigos míos diabéticos afiliados a Fonasa tienen



Gonzalo Guerra

EN LA DÉCADA DE 1980 EMPEZÓ EL CAMBIO, CON LAS MÁQUINAS DE GLICEMIA, CINTAS DE CONTROL Y LA INSULINA HUMANA. SALIÓ AL MERCADO LA BOMBA, QUE EN ESE ENTONCES TENÍA EL TAMAÑO DE UN LIBRO DE 180 PÁGINAS Y HABÍA QUE DILUIR LA INSULINA PARA PODER USARLA.

algunos problemas con la entrega de insumos", cuenta Gonzalo Guerra. Violeta Salazar lo corrobora: "Me atiendo por Fonasa. El hospital que me corresponde no me entrega el tipo de insulina que uso, por lo que debo comprarla por mi cuenta". Por su parte, Christian Andrades, también en Fonasa desde su debut, comenta que "muchas veces me ha funcionado bien el AUGE; pero muchas otras, no. Mi hospital no reparte la insulina que mas control y libertad me da. Hay muchos hospitales que aún no la tienen en su canasta e, incluso, comparando las canastas con amigos diabéticos, éstas son distintas".

Pese a haber tenido buenos resultados con la canasta entregada en su hospital, José Ignacio Muñoz indica que hoy, desde que usa la bomba, se costea el 100% del tratamiento. "Hace pocos años, mientras la usaba, me vino un coma diabético por alteraciones de calor, en donde la insulina se gelatinizó. Me di cuenta porque empecé con vómitos; cambié la cánula y seguía. Me devolvieron a la casa, pero continué mal. Terminé en la UCI. La insulina que me generó el problema de la bomba no la pude seguir usando".

Para Pablo Guzmán, el factor tiempo que lleva hacer el trámite es lo que lo perjudica: "Estoy en Fonasa. Los trámites del AUGE son muy lentos y, muchas veces por falta de tiempo en el trabajo, no me puedo acoger a esto".

OTRO GRAN AVANCE FUE EL PLAN AUGE EN 2005, EL QUE HA APOYADO EN FORMA IMPORTANTE EL FINANCIAMIENTO DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 1, TENIENDO PENDIENTE LA MEJORA TANTO DE LA COBERTURA COMO DE LOS INSUMOS DE LA CANASTA, SEGÚN LOS USUARIOS.

Ignacio Godoy

EXPECTATIVAS DE VIDA

Gonzalo Guerra cuenta que, pese que en su época las expectativas de vida de un diabético se empinaban por los 40 años, "no tengo ninguna complicación a mis 62 años. Trato de estar muy controlado porque sé que puede haber secuelas. La actividad física es clave, no se trata de matarse, pero sí de activar el cuerpo. Es una condición que hay que respetar, pero no temer -insiste. En la medida en que uno la sepa llevar, no hay ningún problema".

De similar opinión es Marcelo Díaz de Valdés, "No tengo complicaciones, puedo hacer lo que quiera y disfrutar completamente de la vida. La diabetes es parte de mi quehacer diario y ha sido clave el buen control metabólico". Violeta Salazar, en tanto, afirma que no ha dejado de hacer algo por culpa de la diabetes: "Los límites se los pone uno; mi condición no ha sido un impedimento". Pese a tener permanente problemas en sus ojos, Patricia Calm agradece su excelente calidad de vida e indica: "Hoy hago de todo. A los 22 años estaba impedida y sin energía".

Amante de los viajes, Ignacio Godoy cuenta que jamás ha tomado a su diabetes como un impedimento para hacer algo: "Hay que medirse e inyectarse todos los días, pero esto no es una limitante si es que uno no la pone como excusa. Tengo un app que me acompaña siempre y que me ayuda a mi control diario. Viajar hoy día es mucho más fácil también. Antes llevaba un botiquín con jeringas, permisos y de todo, que tenía que pasárselo a la azafata y estarle pidiendo algo puntual cada vez que quería medirme. Hoy, basta con un banano y los respectivos permisos y no hay ningún problema".

En 40 años, los avances han sido enormes en el tratamiento de la diabetes tipo 1 y han permitido a estas personas tener una vida 100% normal y mejorar cada día más su calidad y expectativas de vida.

UBICADA EN LA SEDE CENTRAL DE LA FDJ:

Farmacia especializada en diabetes

Marcela Agüero
Químico Farmacéutico
Director Técnico de Farmacia FDJ

Partió siendo un botiquín, vendiendo los insumos básicos para el tratamiento de la diabetes. Hoy es una Farmacia, que se encuentra ubicada en la Sede Santiago de la Fundación de Diabetes Juvenil de Chile (FDJ) y que cubre un abanico mucho más amplio de medicamentos permitiendo abastecer a un porcentaje bastante mayor de la población.

"El rol de la Farmacia es mantener el stock de medicamentos e insumos médicos; asesorar a quienes tengan consultas, pues muchas veces los pacientes no retienen todo y requieren de apoyo; y, responder preguntas sobre almacenamiento, vencimiento y conservación de éstos. También, aconsejamos cómo usar la insulina, reforzamos el cómo aplicarla e instruimos acerca del uso de las máquinas de medición de glicemia", cuenta Marcela Agüero C., Químico Farmacéutico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, encargada de la Farmacia de la FDJ.

Con su reciente ampliación, la Farmacia permite "tener todos los insumos y medicamentos disponibles, sin problemas de stock, haciendo posible el acceso continuo de éstos a los pacientes que acuden a abastecerse a la FDJ", relata con orgullo.

Nuevos medicamentos

Marcela estima que los medicamentos han evolucionado bastante. “En diabetes -donde la innovación es constante y rápida- es normal tener entre dos y tres tratamientos nuevos al año, por lo que la actualización en estas materias es permanente”, detalla la profesional.

Siempre recomendando a los pacientes evitar la automedicación y seguir el tratamiento recetado por su médico, Marcela comenta que hay algunos medicamentos recientes que ya han comenzado a venderse y han aumentado significativamente la rotación actual del arsenal del que disponen.

Para diabetes tipo 1 y 2

Hace tiempo disponible en la Farmacia de la FDJ, se encuentra la insulina Toujeo® del Laboratorio Sanofi, que contiene el principio activo de Glargina –al igual que la Lantus. Según la profesional, “esta insulina produce menos fluctuaciones de glicemia y disminuye el riesgo de hipoglicemias nocturnas”. Varios médicos especialistas han comenzado a indicar este medicamento y, actualmente, se encuentra dentro de las insulinas más vendidas de esta Farmacia.

Para diabetes tipo 2

Otra relativa novedad, son los medicamentos Victoza y Lyxumia, “que son de los primeros hipoglicemiantes inyectables, pues hasta ahora, la mayoría eran orales. Al ser inyectables, se evita sobrecargar la ingesta de medicamentos de las personas con diabetes tipo 2 y, según la experiencia, ha contribuido en la disminución del peso tan esperado por estos pacientes, por lo que han tenido bastante éxito”, cuenta Marcela.

Por otra parte, a mediados de 2015, se incorporaron al mercado chileno y a la Farmacia de la FDJ, los fármacos denominados inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2, más conocido por la comunidad médica como SGLT-2. Estos medicamentos permiten reducir la glicemia a través del riñón “por lo que la glucosa se elimina por la orina, ayudando a disminuir la glicemia en las personas con diabetes. Es un comprimido oral y, en la actualidad, existen: Forxiga de Astrazeneca, Invokana de Janssen y Jardiance de Boehringer, este último ha demostrado protección cardiovascular”, detalla la profesional.

GUÍA PARA PADRES DE NIÑOS CON DIABETES TIPO 1:

LOS MITOS en torno a la hipoglicemia

Pilar Velasco C. - periodista

Franco Giraudo
Médico asesor de
FDJ de Chile

LA HIPOGLICEMIA ES UNA REALIDAD QUE FORMA PARTE DE LA CONDICIÓN DE UNA PERSONA CON DIABETES Y NO ES SINÓNIMO DE QUE UN PACIENTE SE ESTÉ CONTROLANDO MAL.

<a hreF="http://es.123rf.com/profile_wckiw">wckiw / 123RF Foto de archivo

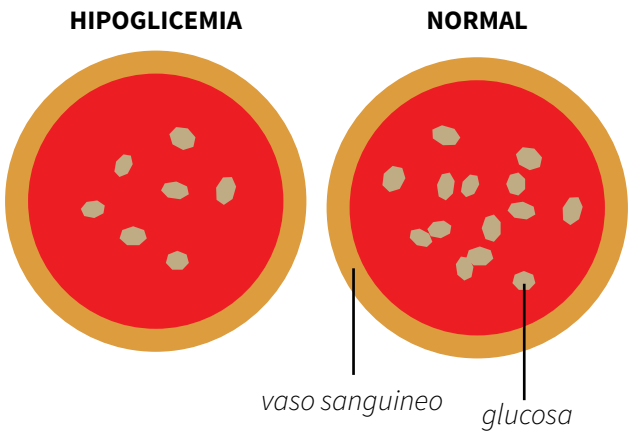
DERRIBANDO LOS MITOS

Ante los excesos de insulina, el cuerpo cuenta con mecanismos para defenderse y salir de una hipoglicemia lentamente a través de cuatro hormonas, las que comienzan a secretarse al enfrentar este tipo de situaciones:

1. Una hipoglicemia severa produce daño neurológico e, incluso, la muerte. Este riesgo aumenta durante la noche cuando niños y padres duermen, sin poder percibirla.
2. Una hipoglicemia severa, al producir inconsciencia y convulsiones, genera daño neurológico.
3. Quien experimenta hipoglicemias es porque está mal controlado y no cumple en forma adecuada con su tratamiento.
4. Es preferible una hiperglicemia a una hipoglicemia.

ANTE EXCESOS DE INSULINA, EL CUERPO CUENTA CON MECANISMOS PARA DEFENDERSE Y SALIR DE LA HIPOGLICEMIA A TRAVÉS DE CUATRO HORMONAS, LAS QUE COMIENZAN A SECRETARSE EN ESTE ORDEN AL ENFRENTAR ESTE TIPO DE SITUACIONES: ADRENALINA, GLUCAGÓN, DEL CRECIMIENTO Y GLUCOCORTICOIDES.

La situación es así: al bajar a <70 mg/dl los niveles de glucosa –cualquiera sea la edad de una persona con diabetes– es factible que suenen las alarmas alertando que el cuerpo no tiene la energía para funcionar bien. Ya sea fruto de una actividad física intensa, exceso de insulina o falta de comida, es susceptible que se produzca una hipoglicemia, la que, según su sintomatología, puede ser leve, moderada o severa. Esta última –y la que se da en el menor de los casos– es la que requeriría intervención de terceros ya que es posible convulsionar o perder la conciencia. Y es ante esto último que los padres sienten el mayor temor por supuestos posibles daños neurológicos.



"No hay que sentir miedo porque la hipoglicemia es algo natural dentro del tratamiento de una persona con diabetes. Hay padres que sienten temor, pero la verdad es que hay muchos mitos en esto", confiesa el médico asesor de la Fundación de Diabetes Juvenil (FDJ), Franco Giraudo, quien tiene diabetes tipo 1 desde los siete años.

Y el profesional indica que, ante las hipoglicemias, el cuerpo cuenta con los mecanismos para defenderse y salir de ellas. "Ante excesos de insulina, el cuerpo activa en forma instantánea y en orden la secreción de cuatro hormonas: adrenalina, glucagón, del crecimiento y glucocorticoides. Si bien durante estas circunstancias uno se puede sentir bastante mal, el cuerpo cuenta con las herramientas para salir de ellas lentamente", enfatiza.

LOS MITOS

Una de las mayores leyendas en torno a las hipoglicemias dice que, ante un severo exceso de insulina, existen riesgos de daño neurológico e –incluso– de muerte. Y, ante este mito, Giraudo indica que "si bien en medicina uno nunca puede ser tajante, la posibilidad real de generar daño neurológico permanente y/o muerte por una hipoglicemia es muy bajo, cuando se trata del día a día. La mayoría de los resultados indeseados, producto de una hipoglicemia severa, derivan de accidentes como caídas y golpes. Y, respecto del riesgo de daño neurológico, existe gran cantidad de evidencia científica que indica que niños que han experimentado hipoglicemias severas no presentan deterioro escolar".

Otro de los mitos es que estos riesgos –daño neurológico y muerte– aumentarían durante las noches cuando los niños están durmiendo sin que ellos mismos ni sus padres se den cuenta. Sin embargo, junto con recordar que el cuerpo cuenta con mecanismos para salir en forma lenta de una hipoglicemia –a través de la secreción automática de las cua-

HERRAMIENTAS NATURALES DEL CUERPO PARA COMBATIR UNA HIPOGLICEMIA SEVERA

1. ADRENALINA
2. GLUCAGÓN
3. DEL CRECIMIENTO
4. GLUCOCORTICOIDES

LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS ES CAPAZ DE DESPERTARSE Y PEDIR AYUDA AL ENFRENTAR UNA HIPOGLICEMIA. A ELLOS SE LES EDUCA PARA CONTROLAR SU GLICEMIA EN RANGOS NORMALES Y TENER CONCIENCIA SOBRE SU SINTOMATOLOGÍA. LOS MÁS PEQUEÑOS, SUELEN SER MONITOREADOS EN LAS NOCHES POR SUS PADRES Y ELLOS MANEJAN CIERTAS CARACTERÍSTICAS PARA ADVERTIR ESTE TIPO DE HECHOS.

tro hormonas mencionadas- el médico indica que atravesar por esta situación durante la noche no es sinónimo de daño neuronal ni de muerte ni que el paciente esté llevando mal su tratamiento. Explica que "si bien uno como paciente puede sentirse muy mal, la hipoglicemia es parte del tratamiento de una persona con diabetes. En el caso de los niños escolares, la mayoría de ellos es capaz de despertarse y de pedir ayuda durante una situación como esta. En los campamentos y en la misma FDJ, los educamos para controlar su glicemia en rangos normales y tener conciencia sobre su sintomatología. Y, Los más pequeños, suelen ser monitoreados en las noches por sus padres y ellos manejan ciertas características para advertir este tipo de hechos. Todo esto se aprende".

Algunos padres –señala el profesional como otro mito– prefieren como "mal menor" la hiperglicemia y evitar las hipoglicemias, para lo que administran menos insulina a sus hijos, "pero, esto –advierte– puede generar problemas a largo plazo tales como daños en los vasos sanguíneos del cuerpo, ojos, riñones, nervios periféricos, impotencia y trastornos a la piel, por lo que no es recomendable".

LAS RECOMENDACIONES

Con las mejorías experimentadas en el tratamiento de la diabetes tipo 1, donde los pacientes tienen un autocontrol permanente y existen distintos tipos de insulinas, el médico indica que hoy es menos recurrente que se experimenten hipoglicemias severas. "Si bien el tratamiento busca tener la mayor cantidad de tiempo estable la glicemia, es imposible que esté perfecta todo el día. En situaciones de stress, por ejemplo, la glicemia sube. El autocontrol y los distintos tipos de insulinas disponibles, que permiten combinar las ultralentas y rápidas sin problemas, son una ayuda para evitar este tipo de situaciones", cuenta Giraudo.

Pese a reconocer que la hipoglicemia es parte de la vida y tratamiento de una persona con diabetes, el profesional indica que se pueden tomar precauciones controlando la actividad física, insulina y comida. "Durante la práctica de deportes es frecuente que los niños estén muy concentrados en la actividad física y no en los síntomas que están experimentando. Por eso se les recomienda medirse la glicemia antes de comenzar a hacer deportes y después de terminar, para hacer las correcciones necesarias. Si la actividad es muy intensa, se les señala hacer un alto y controlarse entre medio de la práctica", puntualiza. Previa consulta al médico tratante, en general sugiere disminuir las dosis de insulina, "junto con ingerir colación extra para

wavebreakmediamicro / 123RF Foto de archivo

tener hidratos de carbono en el cuerpo al realizar deportes", señala el profesional.

Por último, comenta que siempre es una buena medida que el entorno de los niños y adolescentes con diabetes tipo 1 sepa interpretar la sintomatología y reaccionar en forma adecuada: "lo ideal es que, cuando los niños hagan deportes, tanto sus amigos como los encargados estén en antecedentes de su condición y, en caso de una hipoglicemia severa, midan su glucosa para cerciorarse de que están frente a esta situación y puedan cuantificarla y reaccionar adecuadamente".

SI TIENE DIABETES TIPO 1, PONGA ATENCIÓN A...

La hipoglicemia es prevenible, controlando:

1. Cantidad e intensidad de actividad física: siempre medirse antes y después. Si es muy intenso, también controlarse entre medio.
2. Cantidad de insulina: en general, se recomienda disminuir la dosis, eso sí previa consulta con su médico tratante.
3. Cantidad de comida: se puede dar una colación extra, para tener hidratos de carbono en el organismo al realizar deportes, lo que hace menos probable la hipoglicemia.

RECOMENDACIONES PARA TERCEROS

Ante una hipoglicemia, se recomienda que el entorno de los niños y adolescentes con diabetes tipo 1 sepan interpretar la sintomatología y reaccionar en forma adecuada:

1. Que sean capaces de interpretar los síntomas de una hipoglicemia: hambre, fatiga, sudoración, visión borrosa, decaimiento, desconcentración, palidez y temblores.
2. Que el mismo entorno reaccione en forma adecuada ante el niño y adolescente que presente estos síntomas: medir la glucosa para no confundir esta situación con otra alteración; y, tener a mano una bebida con azúcar y alimento de absorción rápida (líquidos con azúcar, por lo general).

AL HACER DEPORTES ES FRECUENTE QUE LOS NIÑOS ESTÉN MUY CONCENTRADOS EN LA ACTIVIDAD FÍSICA Y NO EN LOS SÍNTOMAS QUE ESTÁN EXPERIMENTANDO. POR ESO SE LES RECOMIENDA MEDIRSE LA GLICEMIA ANTES Y DESPUÉS DE PRACTICAR, PARA HACER LAS CORRECCIONES NECESARIAS. SI LA ACTIVIDAD ES MUY INTENSA, SE LES INSTRUYE HACER UN ALTO Y CONTROLARSE ENTRE MEDIO.

CARLOS CORTÉS, ABOGADO Y MARATONISTA DE 43 AÑOS, PADRE DE TRES NIÑOS:

"El único responsable DE MI DIABETES SOY YO"

Pilar Velasco C - periodista

CONFIDENCIA QUE, CUANDO LO DIAGNOSTICARON, TENÍA UN LISTADO DE TEMORES QUE HOY VE QUE SON DE MUY FÁCIL RESPUESTA, JUNTO CON SEÑALAR QUE "EN ESTO NO HAY RECETAS MÁGICAS Y QUE ES ALGO DE LO QUE HAY QUE HACERSE CARGO TODOS LOS DÍAS DE LA VIDA CON UNA BUENA ACTITUD".

Menos de 30 segundos y estaba exhausto. No pudo pedalear ni un segundo más, después de haber hecho deportes casi a diario hasta sus entonces 29 años. Recién casado y volviendo de su luna de miel, Carlos Cortés, abogado de la Universidad de Valparaíso y fanático del running, empezó esta nueva etapa de su nueva vida sin siquiera saber lo que era la diabetes tipo 1.

EL DEBUT

Hoy, desde su trabajo como Director Ejecutivo de la Asociación de Empresas de Gas Natural (AGN), Carlos recuerda –no sin dejar de chequear disimuladamente su bomba un par de veces durante esta entrevista- cómo fueron sus comienzos cuando recién recibía la confirmación de su nueva condición después de haber tenido una vida absolutamente normal. "Debuté a las dos semanas de haberme casado. Sin saberlo entonces, los síntomas empezaron un poco antes y los asocié a las circunstancias. Durante una visita a casa de mis futuros suegros, salí a correr y, como nunca, volví con ansias de comer algo dulce. Comencé a bajar mucho de peso, pero todos creímos que era por los ajetreos del matrimonio".

Ya en plena luna de miel, Carlos devoró particularmente carbohidratos y volvió a Chile pesando menos que antes de partir. "Un día, fui con mi señora a una clase de spinning y, antes de 30 segundos, no tenía reservas de energías. Sencillamente, no pude seguir pedaleando. Partí al doctor, me hicieron los exámenes y éstos arrojaron diabetes del tipo 1. Hasta ese minuto, no sabía nada de esta condición".

EL GOLPE

El día del diagnóstico, fue derivado al endocrinólogo Fernando Ferreiro, quien lo acompaña desde entonces y le

explicó en forma muy didáctica lo que era la diabetes. Para Carlos, la confianza y entrega en el médico a cargo ha sido clave para salir adelante con el tratamiento: "Cuando me diagnosticaron, tenía un listado enorme de preguntas y temores que hoy veo como propios de mi edad entonces -¿Podré tener hijos? ¿Cómo cambiaría mi vida? Para mí fue clave confiar y entregarme en las manos y criterio del Dr. Ferreiro; no validar su criterio en Internet o con segundas y terceras opiniones en eternas interconsultas", cuenta.

"ESTO ES MIO"

Reconoce que, pese a tener 29 años y ser adulto, uno de los grandes consejos que le dio el Dr. Ferreiro fue hacerle ver que "el único responsable de mi condición soy yo, lo que me obligó a entender que la responsabilidad del buen o mal control de la diabetes es 100% mío. Obviamente, tanto mi señora como mis hijos están familiarizados con mi tratamiento, pero yo debo preocuparme de tener a mano todo y de controlarme según mis necesidades".

El Dr. Ferreiro le habló de la Fundación de Diabetes Juvenil (FDJ) y Carlos se acercó de inmediato. "Verte reflejado en la experiencia de otros resulta de gran ayuda. La diabetes se torna una realidad más tangible; uno ve cómo salen adelante los padres con sus hijos pequeños, los mismos niños, adultos… todos viviendo lo mismo de distintas formas", destaca el profesional.

PARTIENDO DE CERO

Lo primero que aprendió en la FDJ fue a reconocer y tratar la hipoglicemia. Respecto de su tratamiento, al comienzo partió con la insulina NPH. Luego, utilizó la mezcla de basal más ultrarrápida y, hace ocho años, pasó a la bomba. Indica que esta evolución en los tratamientos le ha permitido mejorar su calidad de vida, en especial su independencia y autonomía: "Hoy estoy consciente de controlarme, medirme y tener a mano todo lo que requiero, pero ya no tengo la presión de tener que estar pendiente de las jeringas y de las comidas en forma tan estricta. Puedo trabajar, tener reuniones, desplazarme, correr todos los días y desenvolverme en forma autónoma. Y, en este proceso, mi calidad de vida ha ido mejorando considerablemente", reconoce agradecido, pues tiene claro que es un afortunado al poder acceder al tratamiento con bomba de insulina y monitoreo continuo.

SU PASIÓN

Hace deportes casi todos los días por cerca de una hora, no sin antes –religiosamente– chequear su glicemia; llevar a mano bebidas isotónicas y una buena cantidad de carbohidratos de acción rápida; estar atento a la evolución de la glicemia una vez que termina de ejercitarse -pues siempre las reacciones del cuerpo varían- y hacer las correcciones necesarias.

Su pasión es correr y, todos los años, se pone desafíos personales con las maratones. Ya van 12 alrededor del mundo. Estén donde estén, Carlos va a tocarles la puerta acompañado por su señora, su hermano o su padre. Hoy su opción es correr una maratón al año. "La única diferencia en el período de maratones es que los entrenamientos son más largos, lo que implica posibilidades de mayor inestabilidad, por lo que estoy más atento. En estos períodos uso sensores que me permiten monitorear continuamente mis glicemias en mi bomba de insulina. Antes tenía que parar cada 10 km y medirla de manera tradicional. Hoy, mientras uso sensores, tengo la posibilidad de controlar "en línea" mis niveles de glicemia y tomar, de manera más segura, decisiones para mantenerlos normales".

Quince años después de haber debutado, revisa con orgullo los testimonios de todas las maratones que ha finalizado. Esos que dan cuenta de que, con diabetes tipo 1 y todo, le permiten resistir con energía más de tres horas corriendo como todo un deportista de alto rendimiento.

Cobertura de la Diabetes Tipo 1 en Chile:

AVANCES, FALENCIAS Y TEMAS PENDIENTES

Pilar Velasco C - periodista

EN 2005, LAS GUÍAS CLÍNICAS DEL PLAN DE ACCESO UNIVERSAL DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS (AUGE) SUGIRIERON POR PRIMERA VEZ UN ESTÁNDAR DE TRATAMIENTO PARA ABORDAR LA DM1 EN EL CONTEXTO DE LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS DE SALUD (GES). PESE A QUE LOS ESPECIALISTAS REIVINDICAN LAS MEJORAS, APUNTAN A LAS DEFICIENCIAS Y A LOS TEMAS PENDIENTES QUE TIENEN A ESTOS PACIENTES EN COMPÁS DE ESPERA.

Poco más de ocho décadas después del descubrimiento de la insulina, Chile vivía su propio adelanto. Hasta el año 2004, cada centro de atención otorgaba el tratamiento que estimaba pertinente a sus pacientes, entregándoles algunos insumos y, el resto, a costo de ellos. Al año siguiente, las Guías Clínicas del Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE) sugirieron por primera vez un estándar de tratamiento para abordar la DM1 y conformaron un régimen de Garantías Explícitas de Salud (GES); una canasta con los insumos estimados esenciales y básicos para las personas afiliadas a Fonasa y a las Isapres.

Casi una década después –y pese a ser reconocido como un gran avance- surgen voces especializadas que, aunque reivindican las mejoras, apuntan a las deficiencias y a los temas pendientes que tienen a estos pacientes en compás de espera. Una de éstas señala que, si bien se ha evolucionado, lamentablemente las Guías no son mandatorias, sino que sólo son una referencia; recomendaciones para el buen control de la diabetes. En ellas se basa el Ministerio de Salud (MINSAL) para fijar la canasta obligatoria que deben respetar Fonasa e Isapres, intentando aproximarse a lo estipulado en las Guías, otorgándole un determinado valor –revisado cada tres años- que es el que, finalmente, el Estado paga a los Hospitales Públicos. Aquí es donde comienzan parte importante de los problemas.

FINANCIAMIENTO

A través del Plan AUGE, desde 2005 el Estado destina a los centros asistenciales los recursos para dar cumplimiento al GES y éstos –según su criterio– determinan la "calidad" del insumo básico a entregar en su canasta. A este primer hecho discrecional se suma que, desde hace varios años, el Estado ha congelado la valorización de la canasta, recayendo en los hospitales cumplir con ésta.

"Desde el punto de vista del AUGE y GES, la cobertura está bastante bien definida y permite abarcar en forma adecuada las necesidades. Sin embargo, el aporte en términos económicos es insuficiente. La canasta no ha experimentado reajustes en varios años, por lo que el entregar las prestaciones incluidas a cada paciente depende exclusivamente de los esfuerzos de autofinanciamiento que pueda realizar cada recin-

dolgachov / 123RF Foto de archivo

to de salud. Por eso hoy vemos que, por esta insuficiencia de aportes estatales, muchos establecimientos no han podido implementar totalmente el tratamiento", indica la Dra. Francisca Ugarte, pediatra y endocrinóloga infantil, Jefa Unidad Endocrinología y Diabetes del Hospital Pediátrico Dr. Exequiel González Cortés hasta febrero 2016 y actual directora médica de la Clínica Universidad de Los Andes.

A juicio del Dr. Néstor Soto, diabetólogo y Jefe de Endocrinología y Diabetes del Hospital Clínico San Borja, esta valorización distinta entre el sistema público y los recursos que entrega el Estado "provoca que el hospital se desfinancie o que el paciente no reciba el tratamiento a cabalidad. Y aquí surgen las diferencias que pueden existir entre establecimientos a lo largo del país". Esta visión es compartida por la Dra. Ethel Codner, pediatra, endocrinóloga y diabetóloga infantil a cargo del Programa Diabetes en Niños y Adolescentes del Hospital Clínico San Borja: "El AUGE ha sido un gran aporte en términos de insumos, pero no ha habido un reajuste de los valores en términos del IPC, lo que ha llevado a desfinanciar al sistema público. En el caso del Hospital San Borja, se ha mantenido la entrega de insumos y el entrenamiento es de lujo, pero esto no sería posible sin el fuerte apoyo económico y administrativo que ha hecho el propio Hospital".

La opinión de los profesionales se encuentra respaldada por datos oficiales ya que según cifras del Ministerio de Salud, desde 2005 el déficit presupuestario en hospitales sólo ha aumentado. Según señala la Subsecretaria de Redes, Gisela Alarcón, una de las razones tiene que ver con que el Estado financia menos dinero que el que le cuesta a los hospitales entregar una atención. Un estudio de la Pontificia Universidad Católica en 2012, señala que menos del 60% de los costos son cubiertos por el arancel respectivo.

REGIONES

En Chile, cada hospital debe hacerse cargo de su población. A mayor cobertura, mejor es la posición competitiva del hospital, mientras que para los recintos de salud más pequeños los insumos distan de ser los óptimos y la atención especializada simplemente no es una realidad. Aquí, según la opinión de los especialistas, nace una de las grandes razones de la diferencia en la cobertura de DM1 que existe en el país y, en particular, en regiones.

"Creo que la cobertura en la capital es buena: están los insumos y los especialistas. Es en regiones donde faltan diabetólogos y equipos multidisciplinarios para abordar esta patología. Aunque estén los insumos, la situación es más complicada", reconoce el Dr. Hernán García, pediatra y endocrinólogo infantil, Jefe Endocri-

Dra. Francisca Ugarte

LA FALTA DE REAJUSTE DE LOS PRECIOS DE LA CANASTA GES DESDE HACE AÑOS HA LLEVADO A QUE LAS PRESTACIONES A CADA PACIENTE DE DM1 DEPENDA CASI EXCLUSIVAMENTE DE LOS ESFUERZOS DE AUTOFINANCIAMIENTO QUE PUEDA REALIZAR CADA RECINTO DE SALUD, LOS QUE YA SE ESTÁN EN UNA SITUACIÓN DEFICITARIA.

IRREGULARIDAD EN EL ABASTECIMIENTO, FALTA DE ESPECIALISTAS Y EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS ESPECIALIZADOS Y COMPLETOS SON LOS PRINCIPALES PROBLEMAS QUE EXPERIMENTAN LOS HOSPITALES PÚBLICOS REGIONALES.

nología Pediátrica del Hospital Clínico Universidad Católica.

Y la evidencia indica que esta realidad tiende a confirmarse en regiones. En el Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente de Concepción, cuentan con tres médicos, una nutricionista, una enfermera y una psicóloga parcialmente; "el abastecimiento es irregular, aunque es bueno en insulinas y cintas para niños", según indica la Dra. Andrea Gleisner, pediatra y endocrinóloga de la Unidad de Pediatría de dicho establecimiento. La profesional cuenta que en el caso de San Carlos, Chillán y Los Ángeles, no cuentan con un endocrinólogo infantil "lo que es complicado porque esta es una patología difícil de manejar en niños, en donde hay que educarlos en forma permanente y enseñarles muchos aspectos técnicos".

Dra. Ethel Codner
Enfermera Alejandra Avila

En el caso de Temuco, todos los pacientes de la región son referidos al Hospital Regional Hernán Henríquez Aravena, donde cuentan con médicos diabetólogos, endocrinólogos de adultos y pediatras, enfermeras especialistas en diabetes y con la atención de un nutricionista y psicólogo. "Aunque en ocasiones puede haber dificultad para acceder a los controles médicos, los pacientes siempre tienen la opción de resolver problemas con la enfermera", indican las Dras. Gladys Larenas, medicina interna y endrocrinóloga y Tatiana Vásquez, medicina interna y diabetóloga de ese recinto. Sin embargo, ambas reconocen la necesidad de "contar con más horas de médicos especialistas en diabetes y de un sicólogo, junto con un mejor manejo y cobertura de complicaciones crónicas".

PRIVADO VS PÚBLICO

Los especialistas reconocen en la interconsulta exigida por GES a un paciente del sistema privado una fuente de problemas de diversa índole. "Como Hospital Público, al llegar un debutante al San Borja, lo recibe un equipo multidisciplinario, se le entrega la totalidad de la canasta y el entrenamiento completo. En el caso de un paciente de clínica privada, lo puede recibir un equipo interdisciplinario también, pero para acceder al tratamiento de la canasta GES, lo derivan a un doctor del AUGE, el que puede o no ser especialista. En esta interconsulta se pierde en forma importante el componente educacional del tratamiento", opina la Dra. Codner. Cabe señalar que toda Isapre debe, por Ley, brindarle un especialista al paciente, derecho que el propio afectado debe exigir so pena de denunciar a su prestador de salud a la Superintendencia ad hoc.

Este doble control que se genera en los pacientes que se atienden en el sector privado, pero que quieren acceder al GES, genera una duplicidad poco recomendable. “A veces ocurre que el médico del AUGE no es especialista, pero el paciente debe pasar por él para acceder al tratamiento. Esto quizás es irrelevante para algunos, pero hay muchas personas que caen en conflictos ante las indicaciones de dos médicos distintos”, señala el Dr. Soto.

EDUCACIÓN

Respecto de la educación, “la canasta y lo descrito en las Guías detallan lo que son acciones pagadas. Esto es, la confirmación del diagnóstico, hospitalización, tratamiento, cuerpo médico y especialistas disponibles en cada institución. Pero no hablan mucho de la educación y, en este punto, son bastante laxas”, enfatiza la Dra. Norma Ligia Allel, médico internista y diabetóloga, del Hospital San José.

Existe coincidencia entre los especialistas respecto de que la educación es clave en el tratamiento de la DM1, debido a que ésta “es una condición crónica. No se trata con un control cada cierto tiempo, una pastilla y hasta luego. Sucede bastante seguido que el paciente se defiende del tratamiento y esto es algo que él debe cambiar; hay que enseñarle a vivir con la condición y adaptar el tratamiento a su vida; no al revés”, opina el Dr. Bruno Grassi, diabetólogo adultos, instructor Escuela Medicina Universidad Católica y Red de Salud UC.

Desde el punto de vista de la salud, una mejor educación en la DM1 repercute en una mejor calidad de vida y, desde una perspectiva financiera, una mejor calidad de vida disminuye la inversión en complicaciones crónicas en el sector salud pública. “Hay que tener presente que en la DM1, uno le entrega el tratamiento al paciente, por lo que él tiene que estar motivado para lograr una alta adhesión a éste el que, además, va variando día a día. Un refuerzo en educación y apoyo sicológico es muy importante. Aquí en Chile se hace lo que se puede, pero al no ser una exigencia –como en Francia, por ejemplo, en donde los campamentos son obligatorios como parte del tratamiento- la educación queda rezagada. En los países nórdicos, donde hay una mayor incidencia de diabetes, ven la educación como una herramienta de alta rentabilidad en salud pública a largo plazo”, destaca la Dra. Gleisner.

TRATAMIENTO

La Guía Clínica AUGE para la DM1 es una referencia para la atención de pacientes con DM1 bajo el GES, con recomendaciones actualizadas de buenas prácticas clínicas basadas en la recomendación de expertos. Como parte del tratamiento, exhorta que éste sea multidisciplinario, con médico especialista en diabetes, enfermera, psicóloga y asistente social. Asimismo, los pilares de éste incluyen terapia insulínica, conteo de hidratos de carbono y alimentación saludable, autocontrol de la glicemia y educación del paciente y de su familia, además de apoyo psicológico y de asistencia social.

Desde el punto de vista médico, el tratamiento disponible en Chile es

Dr. Néstor Soto

Dr. Hernán García

Dra. Norma Allel

bien evaluado "en términos de insulinas, glucómetros, lapiceras y cintas. En lo que se refiere a bombas de infusión continua, recién se comenzará con un piloto que ya está aprobado y aún no se sabe cuándo estará implementado. A nivel latinoamericano, el programa chileno es modelo y está muy bien posicionado en lo que es DM1", señala la Dra. Ugarte. Esta evaluación es compartida por el Dr. Soto, quien agrega que si bien el tratamiento es aceptable, "no es óptimo pues tanto la educación como el apoyo psicológico son aún insuficientes y son muy importantes para mantener una adecuada adherencia a la terapia". Y, si bien en Chile el GES incluye lo que está disponible a nivel mundial –salvo la bomba y los sensores, que son a costo de los pacientes– el Dr. Grassi indica "que con todos los avances y con la rapidez que sucede todo, uno quisiera que la evolución en temas de salud fuera más ágil y financiable", junto con reconocer que "el acceso universal a la bomba para los casos en que se justifique es un gran tema pendiente".

Dr. Bruno Grassi

A juicio de la Dra. Codner –opinión compartida por la Dra. Allel– es necesario incluir nuevas alternativas en el tratamiento actual, tales como los sensores y la bomba que, "si bien funciona para determinados casos, permite individualizar la solución para cada paciente". El Dr. Soto, en tanto, estima que cerca de un 20% de los pacientes con DM1 son candidatos a usar la bomba, "por lo que debería ser una realidad para quienes cumplen con los requisitos y tienen la indicación".

EN COMPÁS DE ESPERA

A juicio del Dr. García de la UC, "uno de los grandes hechos no resueltos aún es el de la transición de un paciente adolescente a adulto. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia llega hasta los 18 años, cuando finaliza la etapa escolar. En Chile, en la práctica, vemos a los pacientes hasta los 20 años y, a partir de ahí, inician la transición a adultos, con nuevos médicos, enfermeras, quedando desamparados por un lapso de tiempo".

Junto con destacar la deuda permanente en educación para quienes siguen este tratamiento, la Dra. Allel indica que "el AUGE debería cubrir patologías que son importantes en pacientes mayores de DM1, tales como las kinesiólogicas o las vasculares, para evitar complicaciones a tiempo". Asimismo, consciente de la demanda muy superior a la infraestructura humana y hospitalaria, la profesional estima que el sistema debería tender a que exista atención completa, fuera de horario establecido, para dar facilidades a quienes trabajan y estudian: "aunque nosotros podemos trabajar después de las 17 hrs y los días sábado, no funcionan el laboratorio, farmacia ni admisión para que los pacientes puedan tomar sus horas o llevarse sus medicamentos. Muchas personas deben volver en días diferentes para cada cosa y eso las termina abrumando, facilitando el abandono de sus controles. Hay muchos pacientes que ven en esto un empeoramiento en su calidad de vida y no como un control de su condición. Debemos trabajar más en la cultura del paciente en el área pública".

A casi 100 años de la innovadora incorporación de la insulina para el tratamiento de la DM1, los médicos son unánimes al afirmar que los pacientes con esta condición pueden hacer una vida completamente normal y acceder a una excelente calidad de vida. Y, pese a que Chile ha tenido avances, aún quedan mejoras y tareas pendientes que resolver.

olegdudko / 123RF Foto de archivo

María Teresa Onetto
Nutricionista de la FDJ

PARA ELEGIR ALIMENTOS Y COLACIONES SALUDABLES:

¿CÓMO LEER el etiquetado nutricional?

Pilar Velasco C. - periodista

Si bien es bastante común ver consumidores leyendo las etiquetas de información nutricional en los supermercados, lo cierto es que aún existe un alto porcentaje de personas que desconocen el significado de cada uno de los componentes, qué es lo que deberían privilegiar y cómo realmente hacer una comparación objetiva entre alimentos.

Y esto se ha tornado particularmente relevante ante la concientización de la necesidad de comer sano tanto en el hogar como durante la larga jornada que estamos fuera de él. "Saber leer las etiquetas nos ayuda a escoger alimentos y colaciones saludables adecuadas para nuestra dieta. Para quienes deben seguir un tratamiento y evitar alimentos por motivos de salud es clave saber interpretar la información nutricional, por lo que es muy importante contar con explicaciones fáciles para que todos los miembros de la familia interpreten estos datos", opina María Teresa Onetto, nutricionista de la Fundación de Diabetes Juvenil de Chile (FDJ).

Junto con conocer los ingredientes y compuestos de los alimentos, resulta vital saber la fecha de vencimiento de un producto y su plazo de duración y condiciones de almacenamiento una vez abierto. "Saber esto nos permitirá degustar platos sanos y seguros, minimizando los riesgos de descomposición y de contaminación", recomienda la profesional..

TIPO ETIQUETA

Formato Vertical

INFORMACIÓN NUTRICIONAL

Porción: 1 vaso (200 ml)
Porciónes por envase: 5

	100g	1 Porción
Energía (Kcal)	36	72
Proteínas (g)	3.5	7.0
Grasa Total (g)	0.1	0.2
H. de C. disp. (g)	5.2	10.4
Lactosa (g)	5.2	10.4
Sodio (mg)	48	96
Potasio (mg)	165	330

Formato Horizontal

Ingredientes: agua, aceites vegetales, azúcares, almidón, caroteno (E160), tocoferol (E306), riboflavina (E101), nicotinamida, ácido pantoténico, acetaldehido, biotina, ácido fólico, ácido ascórbico (E300), ácido palmítico, ácido esteárico (E570), ácido oleico, ácido linoleico, ácido málico (E296), ácido oxálico, antocianinas (E163), celulosa (E460), ácido salicílico, fructosa, purinas, sodio, potasio (E252), manganeso, hierro, cobre, zinc, calcio, fósforo, cloro, colores, antioxidante.

Formato Norteamericano

Nutrition Facts

Serving Size	1 Cup (53g/1.9 oz.)
Servings Per Container	About 8
Amount Per Serving	
Calories 190	Calories from Fat 25
	% Daily Value*
Total Fat 3g	5%
Saturated Fat 0g	0%
Trans Fat 0g	
Cholesterol 4mg	2%
Sodium 100mg	4%
Total Carbohydrate 37mg	12%
Dietary Fiber 8g	32%
Soluble Fiber	
Insoluble Fiber	
Sugars 2g	
Protein 9g	14%
Vitamin A 7%	Vitamin C 15%
Calcium 20%	Iron 32%

*Percent Daily Values are based on a 2.000 calories diet. Your daily values may be higher or lower depending on your calorie needs.

RECOMENDACIÓN

- Colaciones y snacks: entre 10 y 15 Hdc por cada una
- Es vital poder ver las porciones que contiene el envase
- Buscar alimentos descremados, bajos en grasas y altos en fibras

CÓMO LEER

- Mirar la porción (siempre descrita debajo de "Información Nutricional"
- Buscar los HdC por porción
- Mirar la cantidad de grasa total por porción, debería ser menos de 3 grs, en colaciones
- La cantidad de fibra total debería ser más de 2,5 grs por porción para disminuir la absorción de los HdC y evitar un alza pronunciada en la glicemia

LAS ETIQUETAS

Cuenta la profesional que existen en el mercado nacional tres tipos de etiquetados en los que los consumidores podemos ver la composición nutricional de los alimentos, compararlos y analizar cuál opción es más saludable (*ver tabla comparativa). "El etiquetado nutricional chileno se basa en un formato uniforme de dos columnas: la primera entrega la información para 100 ml o gramos y, la segunda, para una porción (medida casera) de ese alimento.

El etiquetado nutricional es una herramienta fundamental para las personas que tienen diabetes ya que les permite conocer el valor de los Hidratos de carbono de los alimentos envasados (*Ver tabla como leer las etiquetas). Además, nos ayuda a seleccionar productos alimenticios de forma responsable e informada, para esto es recomendable revisar en la etiquetas aquellos componentes que constituyen un factor protector –como el calcio, hierro, fibra dietética- y los que son factores de riesgo de algunas enfermedades -energía o calorías, grasas totales, grasas saturadas, colesterol, sodio"- precisa la nutricionista

Cabe recordar que, a mediados de 2016, entró en vigencia la nueva ley de etiquetados para alimentos envasados que advierte a los consumidores sobre los altos niveles de azúcares, calorías, sodio y grasas saturadas en el envase de los alimentos con etiquetas en forma de disco pare negro. "Con esto se busca mejorar y simplificar la información nutricional de los componentes relacionados con la obesidad y enfermedades no transmisibles", según consigna el Ministerio de Salud en su sitio web. Es importante mencionar que esta nueva ley es en base 100 g/100 ml de producto y NO por la porción, por lo tanto las personas con diabetes siempre deben aprender a leer el etiquetado nutricional tradicional, para saber la cantidad de hidratos de carbono y el tipo de azúcar del alimentos a consumir.

APORTE ENERGÉTICO

Respecto de las calorías, debemos saber que son un resumen de las grasas, proteínas e HdC de los alimentos. Estas son necesarias para funcionar adecuadamente pero en exceso conduce al sobrepeso u obesidad.

Idealmente a la hora de seleccionar un alimento con menos aporte calórico debo ver el etiquetado nutricional y buscar en la columna por porción las calorías, según el valor elegir los productos alimenticios que cumplan con lo siguiente;

INFORMACIÓN NUTRICIONAL		
Porción: 1 vaso (200 ml) Porciónes por envase: 5		
	100g	1 Porción
Energía (Kcal)	36	72

LIBRE DE CALORÍAS

Menor o igual 5 kcal por porción

BAJO EN CALORÍAS

Menor o igual 40 kcal por porción

REDUCIDO EN CALORÍAS

25% menos de kcal que el alimento original

http://www.nutrilifesevilla.com/wp-content/uploads/2015/06/ALIM-ENLATADO.jpg

ÁZUCARES

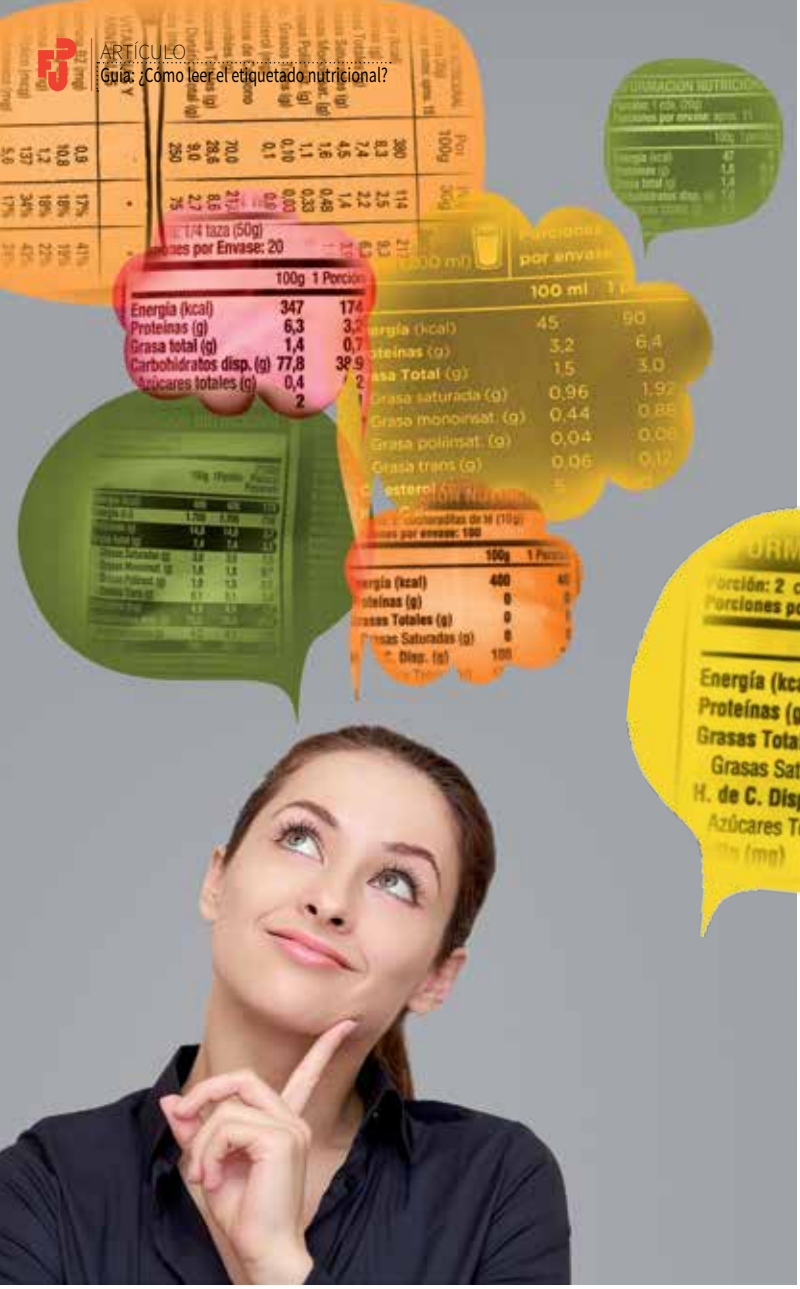
Sobre el azúcar en los alimentos, explica que debemos evitar los azúcares añadidos (sacarosa, ya sea en su formato blanco, rubio o moreno). "Un punto que siempre genera confusión y errores son los productos light o diet. La gente tiende a creer que éstos no tienen azúcar y los prefieren, pero siempre hay que leer el etiquetado", aclara la profesional.

En el caso de los productos que no declaran los azúcares añadidos, debemos mirar los ingredientes y evitar aquellos alimentos que digan: sacarosa, miel, jarabe de maíz, fructosa.

Ingredientes: agua, aceites vegetales, azúcares, almidón, caroteno (E160), tocoferol (E306), riboflavina (E101), nicotinamida, ácido pantoténico, acetaldehido, biotina, ácido fólico, ácido ascórbico (E300), ácido palmítico, ácido esteárico (E570), ácido oleico, ácido linoleico, ácido málico (E296), ácido oxálico, antocianinas (E163), celulosa (E460), ácido salicílico, fructosa, purinas, sodio, potasio (E252), manganeso, hierro, cobre, zinc, calcio, fósforo, cloro, colores, antioxidante.

(Fuente: Fundación Diabetes Juvenil, Área Nutrición 2016)

Al leer los ingredientes del producto, siempre considerar que los primeros son los predominantes en el alimento a consumir. Si dentro de los dos primeros hay azúcares, la profesional de la FDJ aconseja buscar otra alternativa.



SOBRE LAS GRASAS

En las etiquetas nutricionales, también suelen diferenciarse las grasas totales, saturadas y trans. Mientras que las primeras se refieren a todas las grasas contenidas en ese alimento, las saturadas apuntan a las que, por su configuración química, generan una estructura rígida y sólida –como la manteca, por ejemplo. Por último, las trans son las de origen vegetal, pero que han cambiado su configuración química mediante un proceso industrial para lograr mayor estabilidad –como la margarina. "Si una porción posee más de 3 grs de grasa por porción, es recomendable evitar su consumo. En cuanto a las grasas saturadas, se recomienda no consumir más de un 10% del total de calorías diarias. Respecto de las trans, existen estudios que indican que el consumo de este tipo de grasa conlleva mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares", apunta la nutricionista. Analizar el tipo de grasa nos permite distinguir si un producto es más aconsejable que otro para el cuidado de la salud. Por ejemplo, si queremos cuidar el colesterol, las grasas saturadas no son aconsejables; mientras que un producto cuyas grasas son en su mayoría ácidos grasos monoinsaturados y poliinsaturados será beneficioso para el organismo en su conjunto".

OTROS DATOS

Además de todo lo anterior, existe otra información que sirve para tomar decisiones en torno a una dieta más saludable: la fibra, calcio y sodio: "El aporte de fibra es fundamental porque nos habla indirectamente del índice glicémico del alimento, es decir, de cuánto tarda en digerirse y en elevar la glicemia. El consumo de fibra también repercute en nuestra salud intestinal, en las defensas del organismo y en la saciedad que experimentamos al comer un alimento". A juicio de María Teresa, debemos ingerir a diario cerca de 30 grs de fibra, por lo que un producto buen fuente de fibra debe contener más de 2,5 grs de fibra por porción.

COMO LEER UNA ETIQUETA DE UN ALIMENTO SALUDABLE

INFORMACIÓN NUTRICIONAL

Porción: 1/4 galletón (35 g) — *cantidad en gr o ml*

Porciónes por envase: 4 — *número de porciones por envase*

	100g	1 Porción
Energía (Kcal)	570	199
Proteínas (g)	6.4	2.3
Grasa Total (g)	7,7	2,7
Grasa saturada (g)	3,3	1,2
Grasa monoinsaturada (g)	6.0	0,1
Grasa poliinsaturada (g)	1.5	0.7
Grasa trans (g)	1.0	0.4
Colesterol (mg)	38.0	13.3
H. de Carbono. Disp. (g)	28,5	10,2
Azúcares totales (g)	5,8	2,1
Fibras (g)	7	2,5
Sodio (mg)	48	96

Total de grasas contenidas en el alimento. Ideal 3 grs de total grasas por porción.

Se recomienda entre 10 y 15 HdC por porción en una colación

más de 2,5 gr de fibra por porción es saludable

(Fuente: Fundación Diabetes Juvenil, Área Nutrición 2016)

Cantidad de nutrientes por cada 100 grs o ml

Bajo 140 mg de sodio por porción es saludable.

desayuno

Pan Pita: 24 hidratos de carbono por unidad
(considerando 15 porciones por receta)

Batido Yogurt con Frambuesa: 5 hidratos de carbono
(considerando 13 porciones por receta)

PAN PITA - BATIDO DE YOGURT Y FRAMBUEZA

(15 panes / 12 a 15 porciones de 180 cc)

Ingredientes pan pita:

- 500 grs harina integral
- 50 grs manteca vegetal o aceite de oliva
- 250 cc agua
- 1 cdta. de sal
- 2 cdtas. pequeñas de levadura
- 1/2 cdta. de miel
- jamón de pavo asado o cocido
- palta

Preparación:

1. Juntar harina y sal en un recipiente
2. Hacer un volcán en el centro
3. Agregar manteca derretida
4. En un recipiente poner agua tibia, miel, levadura y dejar reposar 5 minutos
6. Una vez que la levadura formó espuma agregar al recipiente donde está la harina y juntar
7. Formar un bollo y dejar reposar 15 minutos
8. Amasar y separar en porciones de un puñado
9. Estirar con las manos hasta formar discos y dejar leudar por 30 minutos
10. Hornear por 20 minutos a 180 grados

Ingredientes batido de yogurt:

- 1 litro yogurt descremado
- hielo
- 150 grs frambuezas (pueden ser arándanos naturales o congelados)

Preparación:

1. Poner en una licuadora el yogurt, el hielo y la pulpa de frambiuesa
2. Licuar hasta que forme espuma sobre la superficie
3. Servir inmediatamente

almuerzo

Puré de Verduras: 13 hidratos de carbono
(considerando 4 porciones por receta)

PESCADO MEDITERRÁNEO CON PURÉ RÚSTICO DE VERDURAS

(8 porciones)

Ingredientes para el pescado:

- 1 K filete de pescado
- 1/4 aceitunas trozadas
- 150 grs queso
- 2 tomates (o 150 grs tomate cherry)
- orégano
- 1 ajo machacado
- 1 cda. de albahaca seca
- 2 cdas. aceite de oliva
- 2 cebollines

Preparación:

1. En una fuente para hormear poner filete de pescado
2. Sazonar con sal, pimienta, orégano, albahaca seca y ajo
3. Sobre los filetes poner cebollín picado, aceitunas, tomate, queso y aceite de oliva
4. Llevar a horno pre-calentado por 20 minutos a 180 grados

Ingredientes para el puré:

- 150 grs zapallo
- 150 grs zanahoria
- 300 grs papas
- 200 grs espinacas
- 100 grs mantequilla (o 3 cdas. de aceite de oliva)

Preparación:

1. Poner en una olla pelados y cortdos el zapallo, la zanahoria y las papas
2. Agregar agua recién hervida y sal hasta cubrir los trozos (se puede usar caldo de pollo sin grasa para dar sabor)
3. Hervir hasta que las verduras estén tiernas
4. Aparte picar la espinaca fina y sofreír con una cucharadita de aceite de oliva o mantequilla y una pizca de sal (lo que cabe entre dos yemas de los dedos)
5. Una vez tierna retirar del fuego
6. Moler las verduras con un prensador sin dejar muy molidas
7. Finalmente agregar las espinacas, aceite de oliva o mantequilla y servir caliente

BARRITAS DE CEREAL - CRUMBLE DE MANZANA CANELA Y NUEZ

(16 barritas - 8 A 10 porciones aprox)

Ingredientes barritas:

- 150 grs pipocas de quinoa
- 100 grs avena integral tostada
- 150 grs pipocas de amaranto
- 1/4 taza nuez trozada
- 1/4 taza almendras
- 1/4 taza crumberries
- 3 claras de huevo
- tagatosa/xilitol/stevia/mermelada de azúcar (sobre) optativos

Preparación:

1. Juntar todos los ingredientes en un bowls (avena, pipocas, frutos secos, endulzante, claras de huevo)
2. Estirar en una lata con papel mantequilla aplanando la mezcla
3. Hornear pot 15 min. a 180 grados o hasta que doren
4. Esperar que enfríen, cortar y poner film plástico para guardar

Ingredientes crumble:

- 300 grs harina integral
- 200 grs mantequilla
- pizca de sal
- 80 grs tagatosa o xilitol
- 500 grs manzanas
- 150 grs nueces picadas

Preparación:

1. En un bowl juntar harina, tagatosa, pizca de sal y mantequilla derretida (masa arenosa)
2. Pelar y trozar manzanas en dientes, agregar canela (especias a gusto) y una cdta. de endulzante o miel
3. En un recipiente para hornear agregar la mitad de la masa y aplastar con una cuchara
4. Agregar suavemente las manzanas y cubrir con el resto de la masa dejando caer suavemente para que quede efecto de migas
5. Hornear por 30 minutos a 180 grados. Servir tivio o frío

Barittas: 15 hidratos de carbono cada uno
(considerando 16 porciones)

Crunmble de Manzanas: 30 hidratos de carbono por porción
(considerando que salen10 porciones de la tarta completa)

once

ASPECTOS CLAVES EN EL APOYO PSICOLÓGICO PARA PADRES Y DEBUTANTES:

CÓMO CRECER junto a la diabetes

Pilar Velasco C. - periodista

PARA LA PSICÓLOGA DE LA FUNDACIÓN DE DIABETES JUVENIL (FDJ), FRANCISCA MENA, "DEBUTAR IMPLICA SIEMPRE HACER UN DUELO, EL QUE TIENE DISTINTAS ETAPAS, LAS QUE A SU VEZ TIENEN DISTINTOS TIMINGS PARA CADA PERSONA. DEPENDE DE CADA CONSTITUCIÓN FAMILIAR, RED DE AMIGOS Y CUÁL ES EL CAMINO DE ACEPTACIÓN QUE TANTO LA FAMILIA COMO EL NIÑO HAYAN ESCOGIDO SEGUIR".

Nadie espera un debut en diabetes. No existe una ocasión propicia. O un momento adecuado. Y, siempre que llega, es un remezón tanto para el afectado como para su entorno. Si es un golpe más o menos fuerte dependerá del momento de la vida en que se debute o de cómo se asuma esta condición. En el caso de los más pequeños, resultará gravitante el rol de los padres; en los púberes, influirá más su seguridad para enfrentar a sus pares; y, en los adolescentes, será decisivo cómo canalizan su natural rebeldía durante este proceso. Pero lo cierto es que todos requerirán de apoyo para comprender y enfrentar los desafíos que traerá para ellos debutar en diabetes.

"Hoy en día, vemos que el debut ya no es sólo en niños tan chicos, sino que mayores, cuando los padres y la familia ya tienen establecida una dinámica familiar , el cambio, es brusco. El debut viene asociado con un sinfín de emociones y, esto, implica un shock familiar. Con educación, disminuyen las ansiedades y todos se empiezan a hacer cargo de esta condición en forma más amigable, lo importante es respetar el tiempo que cada familia necesite para lograr este objetivo", afirma Francisca Mena S., psicóloga de la Fundación de Diabetes Juvenil (FDJ), especializada en clínica infantil.

Junto con destacar el rol educativo en la aceptación de la nueva condición, la profesional señala que "debutar implica siempre hacer un duelo, el que tiene distintas etapas, las que a su vez tienen distintos timings para cada persona. Depende de cada constitución familiar, red de amigos y cuál es el camino de aceptación que tanto la familia como el niño hayan escogido seguir". Por eso, su punto de partida en cada caso es aclararle a los padres que "cómo decidan uds. vivir la diabetes, es cómo la va a vivir su hijo: con temores, con culpa, con despreocupación o con conciencia". Y, lo cierto, es que durante el desarrollo de los niños, la diabetes los afecta en forma distinta. En esta entrevista, la sicóloga repasa las etapas de los debutantes, cómo les afecta y qué pueden esperar los padres.

LOS MÁS PEQUEÑOS

Cuando el debut se da hasta los 3 años aproximadamente, es difícil que el niño note cambios estructurales, por lo que aquí "el manejo depende casi exclusivamente de cómo lo asuman los padres", opina. Desde los 4 a los 9 años aproximadamente, se puede esperar conductas regresivas en los pequeños "es posible que se comporten más regalones, estén más sensibles y demanden mayor atención de los padres. Es esperable que se sientan más vulnerables, van apareciendo miedos y ya hay más conciencia de los dolores físicos. Uno de los primeros temores que puede surgir, es ante los pinchazos. Posteriormente, frente a la privación de ciertos alimentos que son normales para sus pares -como los dulces, por ejemplo- pueden presentar algún problema. En general, es natural que en este rango etáreo ocurran estas cosas", comenta la psicóloga. Por eso enfatiza en la importancia de la educación, para enseñarles tanto a niños como a padres cómo sobrellevar estos temas e integrarlos adecuadamente en sus vidas, sin que ello sea traumático.

DURANTE LA PUBERTAD

Sobre los 10 años, junto con el desafío de crecer, aparece con más fuerza el miedo a la exposición que les pueda generar la diabetes: el qué dirán sus amistades. "El tema de las vergüenzas sociales es un gran problema por la falta de información y de cultura que existe en torno al manejo de distintas condiciones en la sociedad. Algunos niños sienten que, cuando se pinchan, inmediatamente son percibidos como "enfermos" y que los miran "raro". Para muchos preadolescentes, pincharse en público es una dificultad, pues

"EL DEBUT VIENE ASOCIADO CON UN SINFÍN DE EMOCIONES Y, ESTO, IMPLICA UN SHOCK FAMILIAR. CON EDUCACIÓN, DISMINUYEN LAS ANSIEDADES Y TODOS SE EMPIEZAN A HACER CARGO DE ESTA CONDICIÓN EN FORMA MÁS AMIGABLE, LO IMPORTANTE ES RESPETAR EL TIEMPO QUE CADA FAMILIA NECESITE PARA LOGRAR ESTE OBJETIVO", RECONOCE FRANCISCA.

cualquier situación que los exponga los avergüenza. Por esto es fundamental que su familia y entorno refuercen su autoconfianza, para que ellos se desenvuelvan con mayor seguridad frente a este tipo de situaciones", reflexiona.

Otro punto que destaca la profesional, es la importancia de aprender a integrar la diabetes a la vida y no nosotros acomodarnos a ella. Francisca da como ejemplo algo que ocurre durante esta etapa, tan cotidiano y básico como el almuerzo en el colegio: "Hay niños que llevan loncheras ultra equipadas, mientras que sus amigos no lo hacen, siendo que antes se llevaba una lonchera igual que la de sus compañeros", lo que ayuda a que ellos se auto perciban como distintos, pero no desde una perspectiva positiva, explica.

LOS ADOLESCENTES

Reconocida como una etapa de rebeldía, en donde una de las características de los mayores de 14 es probar, cuestionar, comenzar a carretear y a llevar una vida social puertas afuera más intensa, la situación varía. A juicio de Francisca "para quienes ya debutaron, a esta edad lo que más cuesta es un adecuado autocontrol. Hay adolescentes

MIENTRAS LOS MÁS PEQUEÑOS PUEDEN PRESENTAR CONDUCTAS REGRESIVAS Y MIEDOS AL DOLOR O VERGÜENZA SOCIAL, LOS ADOLESCENTES PUEDEN EXPERIMENTAR REBELDÍA E INICIAN SU ETAPA SOCIAL ANTE LA ANSIEDAD DE LOS PADRES POR LAS CONSECUENCIAS DE ESTO EN LA SALUD DE SUS HIJOS.

que ya están cansados de la condición y de la rutina que ésta les impone y, otros, que desafían la vigilancia de los padres. Quienes debutan en torno a esta edad, es normal verlos con crisis de identidad y cambios importantes, pero con un adecuado apoyo y contención, esto debería superarse sin mayores dificultades".

"A estas altura- indica- los adolescentes se aburren de la "diabetización de la relación familiar": Esto se da cuando los papás les preguntan permanentemente si se han medido, si se han pinchado, cómo han estado las glicemias... Los adolescentes no quieren estas preguntas, pero la verdad es que tampoco demuestran full manejo y control de la situación, lo que genera ansiedad en los padres".

Junto con comenzar a salir más con los amigos, a esta edad no hay mucho conocimiento del cuerpo y se experimentan cambios de rutinas y de hábitos. "La diabetes varía de persona en persona por lo que hay que estar consciente del propio cuerpo y sus reacciones. Conocer la propia diabetes es el mayor choque que sufren los adolescentes y también es la clave de llevar la condición a buen puerto", opina.

Los cambios biológicos propios de la adolescencia afectan directamente el control de la diabetes de los adolescentes, afirma la psicóloga. “Esto es un desafío extra que se agrega en esta etapa, dado que no sólo debemos lidiar con una búsqueda de identidad, el egocentrismo adolescente y rebeldía innata sino, también, desafíos como los cambios hormonales que afectan la fluctuación de las glicemias”. La adolescencia es un desafío indudablemente, con o sin diabetes; la clave está en proveer al joven de una red de apoyo y confianza”, afirma Francisca.

EL CARRETE

Es un hecho que durante la adolescencia el cuerpo experimenta una gran metamorfosis y que los jóvenes no reconocen sus reacciones aún. A juicio de la psicóloga, “uno de los principales miedos que sienten los padres con hijos que ya han debutado y que comienzan a carretear, es que se vean expuestos a situaciones riesgosas. Es real que el trago y la diabetes es un tema que angustia a los papás. Esto es natural que suceda, sin embargo, es importante que los padres aprendan a no transferir sus propios miedos y angustias a sus hijos. La clave está en acompañarlos en los desafíos que implica vivir con diabetes y entregarles las herramientas necesarias para vivir con esta condición.”

Para encarar este período, la profesional indica nuevamente que la clave está en la educación: “Enseñarles e instruirlos para que esta etapa sea lo más segura posible, para que empiecen a conocer su cuerpo, las señales, su diabetes. Este es uno de los principales objetivos al que apuntamos en la FDJ. Es cierto que el comienzo del carrete es indudable y sin educación posiblemente sea más riesgoso para los adolescentes con DM1.

Muchos adolescentes ya debutados tienen conflictos con su condición y con querer ser como sus amigos y hacen como que la diabetes no existiera, pero una gran cantidad de ellos, también logra carretear sin problemas. Cuando saben que pertenecen a un entorno protegido, aprenden a divertirse, sin exponerse a riesgos mayores. Aquí es importante que cada uno logre tener un conocimiento de los aspectos que incluye un carrete, como el alcohol o la comida”, especifica.

Sin duda que un aspecto importantísimo en esta etapa es que también exista una relación de confianza. “En mi experiencia, puedo afirmar que una buena relación con los padres determina una mejor adherencia al tratamiento en la adolescencia. Si los padres ven que sus hijos se autocontrolan, les comentan sus dudas, sus miedos van a tender a ceder. Si no, es muy probable que la supervisión se torne excesiva y asfixiante para el hijo, con constantes whatsapp saturados de preguntas, lo que va a redundar en una relación confrontacional entre ambos”.

¿QUÉ PASA CON LOS PADRES?

Por su parte, los padres también sienten miedos e intentan aprender lo que más puedan para poder ayudar a sus hijos. Sin embargo, muchas veces estos temores los hacen caer en la sobreprotección de sus hijos. “Aquí me gustaría retomar algo que ya mencioné anteriormente : la importancia de no diabetizar la relación con los hijos, la familia y el entorno. Siempre hay que tener en cuenta que los niños o adolescentes con esta condición son, antes que nada, personas determinadas por muchas otras características, no sólo por tener diabetes”.

Los padres al igual que los debutantes, sienten muchas cosas y, a veces, sin una adecuada red de apoyo es difícil para ellos encausar hacia un norte el tratamiento de sus pequeños.

Mientras son pequeños, hay muchos papás que van al colegio a pincharlos y a dejarles sus colaciones o almuerzos. “Mientras el niño crece, a algunos les cuesta soltar esta preocupación y a los niños les empieza a generar anticuerpos y rabias. También, hay padres que sueltan muy rápido el control y le endosan al niño la responsabilidad de su condición, generando en él sentimientos de soledad, miedo o de sentirse abrumado por lo que se le viene encima”, explica.

Tanto para niños y adolescentes, como para padres, la educación resulta clave para asumir de un modo sano y amable esta condición crónica, con la cual los afectados y su entorno deberán convivir por el resto de sus vidas”. Francisca insiste : “La manera cómo los adultos vean y vivan la diabetes influirá significativamente en la manera que lo vivirán los niños, es decir, puede ser vivido como algo catastrófico o vivirlo como una condición que implica desafíos diarios, que pueden ser enfrentados en familia”

'MEMORIA METABÓLICA' Y EL RECUERDO DE ALTOS NIVELES DE GLICEMIA EN EL CUERPO:

La urgencia DEL BUEN CONTROL

Dr. Jaime Marín - USACH

UNA INTERVENCIÓN TEMPRANA EN LA DIABETES ES MÁS EFICAZ Y SEGURA A LARGO PLAZO, PUES AUMENTA LAS POSIBILIDADES DE TENER UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA EN EL FUTURO. CUANTO MÁS TIEMPO SE MANTIENEN NIVELES ELEVADOS DE GLICEMIA, ES MENOR EL EFECTO DEL CONTROL ESTRICTO DE LA GLICEMIA POSTERIOR. DE AHÍ LA NECESIDAD DE CUIDARSE CUANTO ANTES.

No es novedad que la exposición sostenida de las personas con diabetes a altos valores de glicemia (hiperglicemia) puede causar grandes complicaciones médicas, algunas de ellas fatales. Sin embargo, éstas pueden ser reducidas mientras antes se tome conciencia, pues a partir de una gran cantidad de casos se ha podido demostrar que el organismo no espera mucho tiempo para empezar a recordar estos altos niveles y configurar tales complicaciones como si tuviera una especie de 'memoria'. Así comienza el informe científico de Jaime Marín, Interno de Medicina de la Universidad de Santiago de Chile (USACH) y socio de la Fundación de Diabetes Juvenil (FDJ), publicado a fines de 2015 y que apunta a acercar este tema en forma sencilla y amigable a personas con diabetes tipo 1.

EL CUERPO 'RECUERDA'

El concepto de 'memoria metabólica' nace a partir de grandes investigaciones a personas con diabetes tipo 2, estudios que intentaron demostrar beneficios en la prevención de enfermedades cardiovasculares, a través de un estricto control de la glicemia. Esto, no sólo con dieta, sino que también a través de medicamentos -entre ellos, insulina. Dentro de tales estudios, el "UK Prospective Diabetes Study" (UKPDS) es el que tuvo un mayor impacto, al reclutar a 3.867 sujetos con diabetes tipo 2 recién diagnosticada y sin eventos cardiovasculares previos. En estos pacientes, el logro de un adecuado control de la glicemia, se tradujo finalmente en una reducción del riesgo de complicaciones de la diabetes, incluidas las cardiovasculares o macrovasculares. Tales resultados motivaron a los expertos a proponer el concepto de 'memoria metabólica', apoyando la necesidad de un temprano y adecuado tratamiento de la diabetes de acuerdo a las condiciones de cada paciente.

DIABETES TIPO 1

En personas con diabetes tipo 1, su control temprano también está relacionado con menos complicaciones a largo plazo. Esto ya fue demostrado hace más de 20 años por un importante estudio denominado "The Diabetes Control and Complications Trial" (DCCT). Dicha investigación analizó a 1.441 voluntarios entre 13 y 39 años con -al menos- un año de diabetes -y no más de 15- en 29 centros médicos de Estados Unidos y Canadá. Luego de casi siete años de seguimiento, el DCCT mostró que las personas con diabetes tipo 1, que tenían un tratamiento intensivo, es decir, varias inyecciones y mediciones de glicemia diarios, tenían menos complicaciones en los ojos, nervios y riñones que los que tenían un tratamiento convencional (pocas inyecciones y menos mediciones diarias).

Por su parte, la investigación denominada "Epidemiology of Diabetes Control and Complication" (EDIC), realizó seguimiento a los mismos participantes de DCCT, los que fueron intervenidos al finalizar la observación anterior. A ellos se les enseñó la terapia intensiva y se observó que, el control metabólico –medido por la hemoglobina glicosilada (HbA1c)– fue semejante en los dos grupos, con el paso del tiempo; es decir, tanto en los que recibieron tratamiento convencional (pocas inyecciones y menos mediciones de glicemias diarias) como en los que recibieron el intensivo inicialmente (varias inyecciones y mayor cantidad de mediciones al día).

Sin embargo, tras 27 años de seguimiento desde el debut, al estudiar el riesgo de complicaciones tanto de órganos específicos como cardiovasculares, éstas siguieron siendo menores en las personas que recibieron previamente tratamiento intensivo (con más controles de glicemia e inyecciones al día), el que ocasionaba menores niveles de hemoglobina glicosilada desde el inicio del tratamiento. Según señala el Interno de Medicina, análisis posteriores indican, incluso, reducciones en la mortalidad a largo plazo en el grupo con tratamiento intensivo, por lo que, a juicio de Marín "el concepto de 'memoria metabólica', es extensible a los pacientes con diabetes tipo 1", enfatizando que el buen control desde el debut puede marcar la diferencia para siempre.

CONTROL OPORTUNO

De acuerdo al informe, "un retraso en el tratamiento de la diabetes puede ocasionar trastornos metabólicos susceptibles de causar múltiples reacciones biológicas adversas en las células que recubren el interior de los vasos sanguíneos –llamado endotelio– llegando a ser irreversible. Ello, pues la hiperglicemia puede inducir cambios en los genes de estas células, por lo que estas mutaciones persisten –incluso– después de la restauración de la glicemia a niveles aceptables. ¿Cómo estas modificaciones pueden persistir en el tiempo? Esto aún no está claro, aunque existen varias hipótesis que dicen relación a procesos bioquímicos producto de la presencia mantenida de los altos niveles de azúcar".

Es así como Marín apunta que, "una intervención temprana en la diabetes es más eficaz y segura a largo plazo, pues aumenta las posibilidades de tener una mejor calidad de vida en el futuro. Cuanto más tiempo se mantengan niveles elevados de glicemia, es menor el efecto del control estricto de la glicemia posterior. De ahí la necesidad de cuidarse cuanto antes".

ABORDANDO EL DEBUT

Según el citado informe, la evidencia demuestra que, para tener un efecto beneficioso en el largo plazo, el control de la diabetes debe hacerse en cuanto el paciente es diagnosticado. Y, pese a que esto es lo recomendable, sucede seguido que el debut e inicio del tratamiento se da en un contexto en el que el paciente se siente vulnerable, con temores y emociones que tienden a paralizarlo.

Y es que, tras el debut –continua Marín– es normal que sobrevenga un período de reticencia, miedos, culpas y rabias relacionadas a la adaptación que tendrá el paciente a esta nueva condición crónica. Estas primeras reacciones pueden ocasionar problemas significativos –tales como negación, bajones anímicos o, incluso, depresión– y dejar el control de la diabetes en un segundo plano. "Por ello, tanto el debutante y su entorno, como los profesionales a cargo deben apuntar a revertir este tipo de complejidades a través de la educación, apoyo psicológico y entrenamiento, pues una pronta solución de estos problemas y una correcta concientización de la nueva condición ocasionará un beneficio mayor a largo plazo", destaca el Interno de Medicina.

Finalmente, el informe señala que el tratamiento intensivo (varias inyecciones de insulina y mayor cantidad de mediciones al día) supone desafíos para el paciente. "El tratamiento intensivo supone una mayor cantidad de inyecciones de insulina al día, por lo que el paciente necesariamente debe saber reconocer y prevenir los episodios de hipoglicemia los cuales pueden aumentar", por lo que Marín llama a no desanimar.

UN RETRASO EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES PUEDE OCASIONAR TRASTORNOS METABÓLICOS Y MÚLTIPLES REACCIONES BIOLÓGICAS ADVERSAS EN LAS CÉLULAS QUE RECUBREN EL INTERIOR DE LOS VASOS SANGUÍNEOS, LAS QUE PUEDEN LLEGAR A SER IRREVERSIBLES.

Roche

¡Ya llegó a Chile el microinfusor de insulina **Accu-Chek® Combo**!

¡Encuéntralo en la **Fundación de Diabetes Juvenil**!

(Lota 2344, Providencia)

TRJ.10.11.2016

Informaciones: ***800 471 800***

ACCU-CHEK®

Sesión Familiar en Padre Hurtado

Padres y niños recién diagnosticados reunidos en un lindo lugar, para intercambiar experiencias y aprender más sobre la diabetes que recién comienza.

Sesión Familiar en Padre Hurtado

DIABETES
LOVE
JOSE

Taller de abuelitos

Si su nieto tiene diabetes, hay que estar preparado cuando tenga que cuidarlo. Así sus padres podrán salir y relajarse un poco.

Taller de niños de 2 a 5 años con sus padres para aprender jugando.

Sesión Familiar en Curicó

Un día completo de convivencia y aprendizaje vivieron familias de Curicó, apoyadas por un equipo multidisciplinario de la Fundación.

Feliz día mamá

Los niños prepararon linda sorpresa para sus mamás; un libro didáctico que explicaba por qué cada uno de nosotros tenemos la MEJOR MAMÁ del mundo y nuestro compromiso de amor hacia ellas.

Clases de cocina para niños

Un entretenido taller de cocina, aprendiendo el respectivo conteo de carbohidratos.

Taller de cocina

Dirigido a los padres, con énfasis en el conteo de carbohidratos.

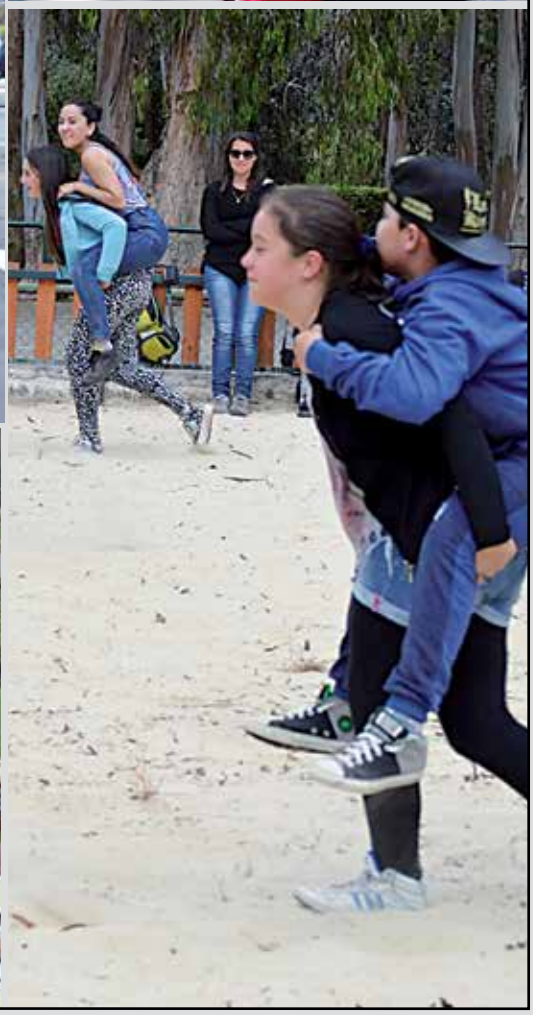
Día del niño

Todos haciendo un gran dibujo de Pipe y después a disfrutar con el muro de escalada.

Campamentos

Invierno y verano se realizan nuestros campamentos para niños y jóvenes con diabetes. Su finalidad : pasarlo bien, aprender más sobre diabetes y hacer nuevos amigos.

Campamentos



Taller de cocina en Viña del Mar

Los niños aprendieron a preparar ricas galletas y después ¡ a comerlas !

Navidad en la Quinta Vergara

Linda y emotiva actividad recreativa para niños menores de 8 años y sus padres. Al final cada niño recibió su regalo navideño.

BOMBA DE INSULINA
MiniMed 640G

Ofrece una protección avanzada frente a episodios de hipoglicemia gracias a su tecnología **SmartGuard™**, además de una comodidad personalizada para hacer más fácil el control de la diabetes día tras día.

SmartGuard™

Constituye nuestro avance más reciente en el camino hacia el páncreas artificial.

- **Previene episodios de hipoglicemia severa,** suspendiendo predictivamente la administración de insulina cuando el nivel de glucosa se aproxima a un límite bajo.
- **Ayuda a evitar rebotes hiperglicémicos,** reanudando la administración de insulina cuando se recuperen los niveles de glucosa.

Medtronic

Rosario Norte #532 / Piso 12 / Las Condes / Santiago / Teléfono: 226403200 / www.medtronicdiabeteslatino.com