Diabetes control

Agustín Pattillo

Reportaje sobre la Bomba de insulina por la Ley Ricarte Soto

30 AÑOS DE LA FUNDACIÓN

EXPERIENCIAS DE LA PRIMERA VEZ EN CAMPAMENTO

¿FRUTA ENTERA O JUGO NATURAL?

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACTIVIDAD FÍSICA

Revista de la Fundación de Diabetes Juvenil de Chile
N°44 Año 2018

Diabetes control
n°44
AÑO 2018
www.diabeteschile.cl

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

Directorio:
Presidente: Sara Cruchaga G.
Vice-Presidente: Francisco Brown M.
Secretario: Daniel Opazo F.
Tesorero: Jose Antonio Guarda L.
Director: Oscar Bustamante C.
Director Ejecutivo:
César Velasco
Gerente General:
Ximena Muñoz
Editor:
César Velasco
Periodista:
Ignacio Palacios B.
Diseño:
Bernardita Valdivieso
Fotografía:
Alvaro Sottovia
Impresión:
A Impresores S.A.
Tiraje:
3.000 ejemplares
Representante legal:
César Velasco

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

Queridos socios,

Treinta años atrás la Fundación Diabetes Juvenil de Chile abría sus puertas. Era el mes de Junio de 1988 y en un local de la Estación Escuela Militar, señoras de los socios, entre otras la mía, se turnaban para atender a las personas que llegaban a preguntar por nuestra institución. Demás está decir que el promedio de visitas en la primera semana no pasaba de un promedio de 2 al día.

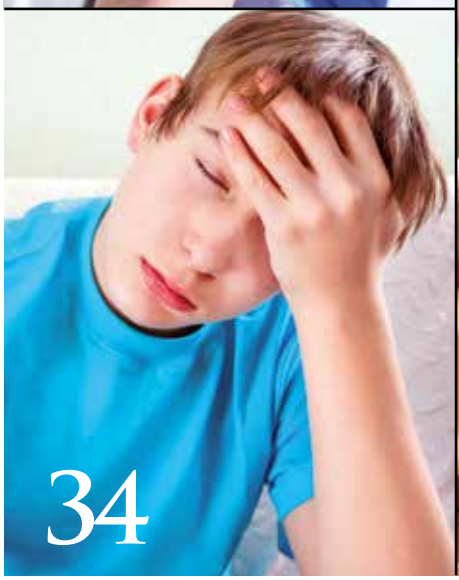
Hoy día la Fundación cuenta con 8.506 socios y es propietaria de su propia sede y de la Filial Viña del Mar en la Región de Valparaíso, ambas con toda la implementación para atender a sus miembros, apoyándolos al diagnóstico, entregando un completo material educativo con talleres dirigidos por nuestras enfermeras, psicólogas, nutricionistas y profesores de educación física, además de campamentos, sesiones familiares y un sinfín de actividades todas gratuitas y que Uds. pueden leer en nuestra página web y revistas.

Pero esta vez quiero destacar que nada de lo realizado hubiese sido posible, sin la ayuda desinteresada de cientos de colaboradores anónimos que nos respaldaron y ayudaron en momentos muy difíciles, sin pedir nada a cambio. Las duras condiciones en las que tenían que trabajar nuestro staff de salud, sin las comodidades mínimas para soportar el esfuerzo de controlar nuestros campistas, además los monitores, alma de los campamentos, que cuidaban a los participantes de estas instancias y realizaban las actividades recreativas, el personal de los laboratorios que se preocupaba de aportar lo suyo para hacer más entretenida la estadía de los jóvenes campistas y tantos otros.

También los socios, especialmente en los primeros años, colaboraron con entusiasmo para sacar adelante este maravilloso proyecto que es la Fundación, hoy día una realidad. Organizaron bingos, desfiles de modas y un sinnúmero de diferentes eventos para poder financiarnos y, en la medida de sus posibilidades, aportaron dinero para poner la base de nuestra primera sede en calle La Concepción.

A todos ellos les estaremos eternamente agradecidos.

Con afecto,
César Velasco, Director Ejecutivo



INDICE

REPORTAJE
Una breve historia de la Fundación: 30 años de educación y acogida — 2

ARTÍCULO
Factores que influyen en el ejercicio — 8

TIPS DE ENFERMERÍA
¿Por qué es importante cambiar diariamente la zona donde me inyecto la insulina? — 12

DIABETES AL DIA
Novedosas innovaciones para el tratamiento de la diabetes — 14

ARTÍCULO
¿Cuál es la mejor opción? Fruta entera o jugo natural — 16

RECETAS
Sin gluten, vegana y sin lacteos — 19

REPORTAJE
Por primera vez al Campamento de la FDJ: ¿Qué sienten las familias? — 22

Cuestionario
Pon a prueba tus conocimientos en DM1 — 30

ARTÍCULO
Hipoglicemias y tratamiento — 34

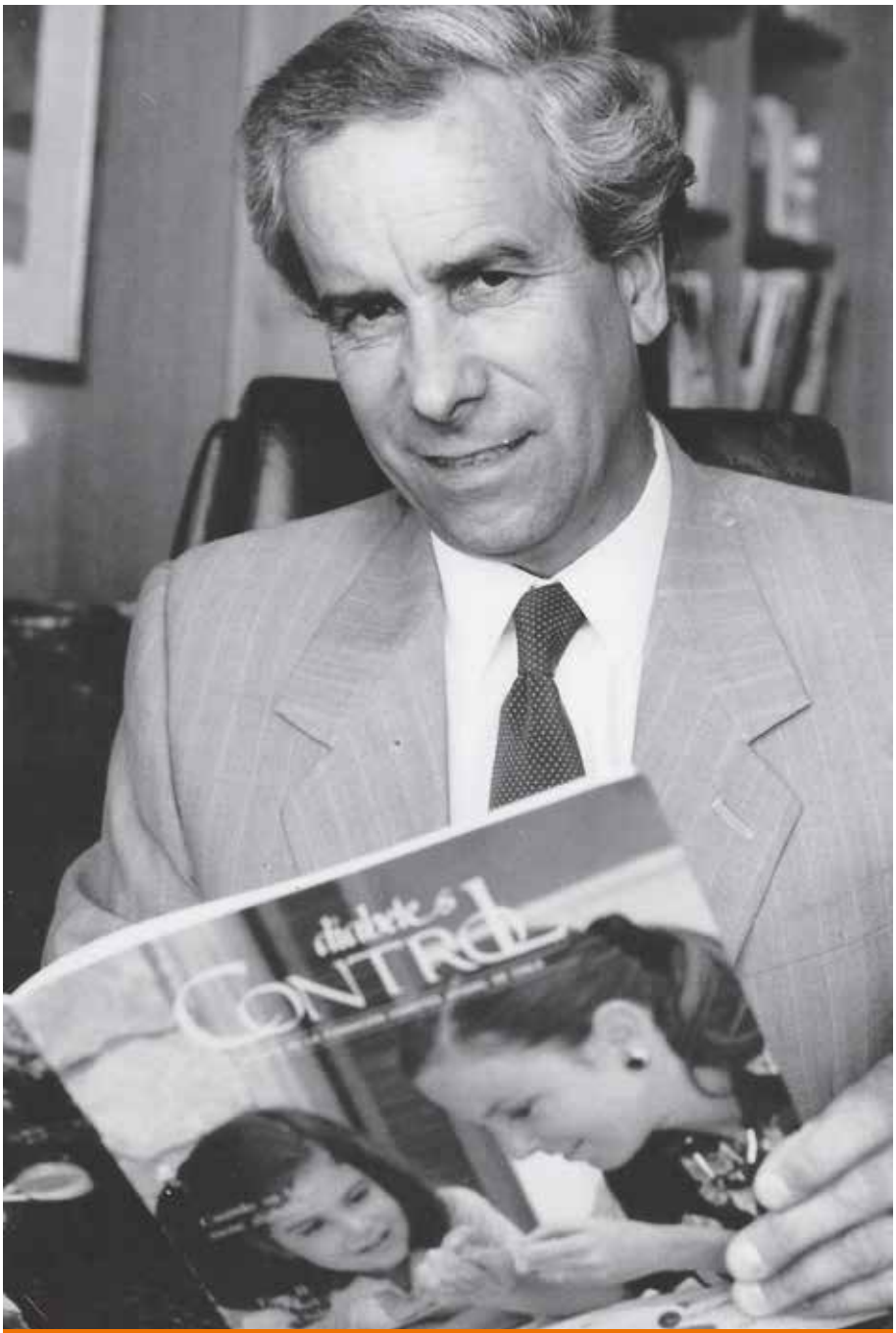
REPORTAJE
Aprendiendo de la Ley Ricarte Soto — 37

ACTIVIDADES
Lo mejor de 2018 — 42

Aniversario

Una breve historia de la Fundación: 30 años de educación y acogida

Ignacio Palacios, Periodista FDJ



César Velasco, en 1989.

En el año 1986, en Santiago de Chile, había un grupo de familias de niños y jóvenes con Diabetes Tipo 1, que se reunían al menos una vez al mes para compartir sus conocimientos y comentar sus experiencias. Prontamente, creció en este grupo, la convicción de formalizarse y constituirse ante la ley. En 1987 comenzó la creación de los estatutos y la tramitación correspondiente ante el Consejo de Defensa del Estado de Chile.

PRIMEROS AÑOS: UNA REVISTA Y MUCHOS DESAFÍOS

A mediados de 1988, tan pronto la Fundación obtuvo reconocimiento legal, sus fundadores encargaron la creación una revista con el fin de comunicar y educar, intentando reducir la falta de información sobre Diabetes Tipo 1, hasta ese momento. Esta tarea fue encargada a la periodista Viviana Rojas, quién había trabajado en el Diario La Nación hasta comienzos de ese año.

César Velasco, es uno de los precursores de la Fundación y actualmente se desempeña como Director Ejecutivo. Respecto a los inicios de la institución comenta: “rápidamente nos dimos cuenta que era necesario que los hospitales nos conocieran. Con nuestros primeros voluntarios íbamos a cada hospital y hacíamos charlas, les solicitábamos a los médicos que tan pronto diagnosticaran a alguien con DM1 nos avisaran para poder visitar a esos niños o jóvenes. Necesitábamos que confiaran en nosotros.”

La periodista Viviana Rojas, ofició como administradora provisional de la Fundación hasta 1989 y continuó trabajando

en calidad de Editora de la Revista hasta el año 1993. Actualmente trabaja como investigadora académica en el Universidad de Texas en Estados Unidos y recuerda: "uno de los objetivos centrales de la Revista Diabetes Control era lograr que la Fundación se posicionara ante los profesionales de la salud y llegar a los pacientes. La publicación fue pensada como un canal de difusión científica al alcance de todos y como una fuente experiencias de vida de personas con diabetes."

En el número 1 de la Revista Diabetes Control, podemos leer la siguiente editorial firmada por el, aquel entonces, Presidente del Directorio, César Velasco: "La finalidad principal de esta institución es la de ayudar a todos los insulino-dependientes de país y divulgar permanentemente técnicas modernas para el control de la diabetes, mediante charlas, películas, folletos y la revista que usted lee en este momento. Ya pasó lo peor, los años venideros serán de permanente mejoría en todos los aspectos de la diabetes y de gran esperanza en la cura definitiva. Y lo vamos a publicar en esta revista. No me cabe ninguna duda."

Viviana Rojas explica: "Había mucho material por revisar y traducir, en ese momento en Chile, casi no había publicaciones de difusión masiva sobre diabetes tipo 1. Prontamente la Fundación se convirtió en un conocido centro de referencia para charlas y reuniones. Todo lo que aprendí, en esa época cobró aún más sentido cuando me diagnosticaron diabetes tipo 2 en 2011". Finalmente, la periodista concluye: "fue un desafío y un gusto trabajar en los primeros años, asistí al desarrollo y al despegue de la Fundación".

Sede definitiva FDJ, Santiago.

Violeta Salazar, Administradora de Farmacia.

UN EQUIPO PEQUEÑO CON GRANDES METAS

Ximena Muñoz, trabajó como Administradora entre 1989 y 1992, y desde enero de 2010 hasta nuestros días se desempeña como Gerente de la FDJ. Recuerda que, en su primer periodo de administración, solamente trabajaban 2 personas más en Fundación: Violeta Salazar y Ximena Begdorf. Una parte importante de la recepción y educación para nuevas familias la hacían los primeros voluntarios de la Fundación. "Decidí formar un cuerpo de voluntarios; ese tipo de colaboración era común en esa época. Por años la mayoría eran madres de nuestros primeros socios", señala Ximena Muñoz.

Entre abril de 1993 y enero de 2008 la administración de la Fundación estuvo en manos de Carolina Kahler, quien señala que en ese momento "había tanto para hacer, la misión estaba clara y se habían dado los pasos necesarios para cumplirla, sin embargo, había que expandir la labor realizada, hacerla llegar a todos los niños adolescentes con DM1, sobre todo en regiones y a los profesionales del área de salud que participaban en el tratamiento del cada uno de ellos".

Carolina, como muchas personas, sólo conocía a un par de adultos con diabetes tipo 2 y para ella fue una sorpresa enterarse de la condición que vivían los niños y jóvenes con diabetes tipo 1. Carolina Kahler recuerda sus inicios en la Fundación: "Cuando llegué, Violeta era casi mi única compañera de trabajo contratada por la Fundación, de ella aprendí cada día algo nuevo incluido reconocer cada producto que se vendía o regalaba en FDJ. Hasta mi último día laboral aprendí algo de ella".

Violeta Salazar, tiene diabetes tipo 1 hace 46 años, fue diagnosticada a los 9 años de edad. Trabaja desde 1989 en la Fundación y actualmente se desempe-

LA CONCEPCIÓN

ña como Administrador de Farmacia en la sede de Santiago. “Cuando comencé a trabajar, por varios años sólo éramos sólo 3 personas y yo era una de las que atendía al público. Conocí a muchas personas con diabetes y sus familias, hasta hoy me buscan, me reconocen y me saludan cariñosamente”, comenta Violeta.

CAMPAMENTO: UNA ACTIVIDAD EMBLEMÁTICA

Los campamentos de la Fundación son una instancia única en Chile, de recreación y educación para niños y jóvenes con Diabetes Tipo 1. Estas actividades se han organizado desde 1990 congregando a socios de todo el país e incluso a visitantes internacionales. Desde esa, fecha se han ofrecido 57 campamentos, incluyendo los realizados en invierno, verano y otras regiones. Se estima que en total han ofrecido más de 6.700 cupos para niños y jóvenes con DM1, en los 28 años de esta actividad.

Ximena Muñoz, recuerda que el primer campamento fue impulsado en conjunto con la investigadora norteamericana Illani Atwater en enero de 1990, quien contactó a médicos y voluntarios de Estados Unidos. Gracias a esa experiencia, a partir del año siguiente la Fundación comenzó a organizar autónomamente sus campamentos o escuelas al aire libre.

Angelo Guerrero tiene 30 años, fue diagnosticado con Diabetes Tipo 1 cuando tenía 15 años, ha sido campista, monitor y actualmente es el Director de Campamentos de la Fundación: “nuestros campamentos, además de la educación en diabetes, entregan herramientas para crecer y desarrollarse como persona. Estas instancias aportan con distintas visiones y experiencias de otras personas con diabetes y profesionales del área, lo que enriquece y amplía el panorama de quienes participan. Luego de compartir, al finalizar cada campamento todos logran desarrollar una visión más positiva de la condición y pueden proyectarse en el futuro con más facilidad”.

Carolina Kahler comenta sobre las interacciones que suceden en campamento: “Participé en muchas actividades en esos 15 años, pero cada año me sorprendía lo que pasaba en los Campamentos de Verano e Invierno. Sencillamente era mágico y hasta el día de hoy es, sin duda, una actividad que marca a los niños y jóvenes en su relación y aceptación de su diabetes”.

Actualmente, cada año se realiza un campamento de invierno en julio y otro de verano en enero, estas actividades son una escuela al aire libre en la que se realizan distintos talleres, clases, dinámicas, actividades educativas y recreativas. El campamento es completamente gratuito y pueden participar socios de entre 8 y 18 años. “Hoy la seguridad es la base de los campamentos, a lo largo de los años se han perfeccionado los protocolos. Adicionalmente, hay un intenso trabajo multidisciplinario e interacción entre los profesionales que participan lo que genera una sinergia muy positiva.”, explica Ángelo Guerrero, Director de Campamentos.

MONITORES: UN PILAR DE LA FUNDACIÓN

Los monitores son una parte fundamental de la historia de la Fundación Diabetes Juvenil de Chile. Desde el inicio de la organización han existido voluntarios, quienes, hasta nuestros días, participan animadamente de todas la actividades y encuentros.

Cesar Velasco, explica la relevancia de la tarea de los monitores: “ellos son el pilar

Angelo Guerrero, Director de campamentos.

Ximena Muñoz, Gerente General FDJ.

PRIMEROS CAMPAMENTOS EN CARPA

de la Fundación, ya que a través de su participación se realiza una parte importante de la educación; ellos son pares de los debutantes, de nuestros socios y los campistas. Lo que entregan los monitores es otro enfoque a lo que enseñan los profesionales de la salud en centros clínicos". Están basados en su propia experiencia.

Franco Giraudo tiene 30 años, es Médico Asesor de la Fundación y tiene Diabetes Tipo 1 hace 23 años. Comenzó a participar de la Fundación al poco tiempo de su diagnóstico y algunos años después se incorporó al grupo de monitores. "En los primeros campamentos, el equipo a cargo era más reducido, por lo tanto los monitores hacían de todo: cuidadores, enfermeros, cocineros, papás y más. Nosotros los veíamos como superhéroes que podían hacer todo y además eran el ejemplo viviente de que uno podía ser o hacer de todo con diabetes. Era un objetivo a largo plazo llegar a ser tan bueno como ellos fueron con nosotros".

La labor de los monitores se basa en conocimientos teóricos y prácticos sobre el cuidado y la educación que se debe ofrecer a personas con diabetes, comenzando por sí mismos. Actualmente existe una Escuela de Monitores, cuyo curso tiene duración de un año, en el cual personas con o sin diabetes, pueden adquirir las herramientas necesarias para poder planificar, crear e integrarse a las actividades que realiza la Fundación.

DE BOTIQUÍN A FARMACIA

La Fundación Diabetes Juvenil de Chile, por muchos años tuvo una patente de Botiquín de Diabetes, es decir, tenía permitido comercializar productos farmacéuticos de una canasta restringida estrictamente a diabetes. La Fundación cumplió este rol desde sus primeros años debido a que, hasta aquel entonces, era obligatorio peregrinar por todo Santiago con el fin de obtener todos los insumos necesarios para el control de la diabetes. El Botiquín de la FDJ, fue uno de las primeras instituciones en que las personas podían encontrar todos los productos que requerían en un solo lugar.

Ximena Muñoz, actual Gerente de la Fundación recuerda que transformar el botiquín en farmacia fue un desafío: "en ese momento, en 2011, era nece-

VIOLETA SALAZAR
CAROLIONA KAHLER
XIMENA MUÑOZ
ANA LUISA BÓRQUEZ
XIMENA CASTILLO

sario encontrar una estrategia que le permitiera a la Fundación salir de la crisis financiera en que estaba. Hasta ese momento los principales ingresos de la institución dependían de un bingo o actividades similares. Yo propuse crear una farmacia aprovechando nuestras alianzas comerciales".

La Administradora de la Farmacia de la sede de Santiago, Violeta Salazar, quien ha presenciado todas las épocas de la Fundación, explica la expansión que se ha vivido: "en los últimos 5 años, la farmacia ha crecido y hemos logrado ampliar el equipo a 5 auxiliares y ofrecer muchos productos farmacéuticos. Hemos mantenido nuestro sello de acoger y educar a todas las personas que llegan acá".

Actualmente, la Farmacia sustenta económicamente a la Fundación y le permite realizar todas las asesorías, talleres y campamentos, sin costo para los socios ni sus familias. La farmacia cuenta con cientos de productos, tecnologías e insumos exclusivos y especializados en diabetes. También están presentes distintos productos alimenticios de proveedores internacionales y locales, especialmente seleccionados para nuestro púbico.

EL PRESENTE DEL EQUIPO DE EDUCACIÓN

Trinidad López Radrigán tiene diabetes desde los 11 años, y comenzó a participar en la FDJ primero como socia en las actividades, iniciando muy joven su labor como monitora el 2001. Trinidad también fue la primera mujer y la más joven en la historia de la FDJ en ejercer el título de Jefe de Monitores y Coordinadora de actividades de la Región de Valparaíso. Trinidad actualmente es psicóloga y trabaja en la sede de Viña del Mar atendiendo a socios y sus familias y asistiendo a las actividades emblemáticas de la Fundación desde su rol.

Trinidad comenta respecto al momento que vive hoy la Fundación: "el actual Equipo de Educación mantiene su esencia y a la vez ha cambiado. Hemos crecido en número de profesionales y avanzado en la calidad de lo que hacemos, pero el sentido de fondo se mantiene: buscamos promover en nuestros socios la adherencia al tratamiento y la integración de la diabetes a sus vidas, a través de actividades educativas para ellos, sus familias y la comunidad".

La Fundación desde sus inicios y hasta nuestros días, ha creado material educativo en distintos formatos como, libros, guías, trípticos, posters y cuentos. Actualmente contamos con manuales sobre los pilares del tratamiento de la Diabetes Tipo 1, tablas de conteo de carbohidratos, libretas para registrar glicemias y disponemos de una colección de 6 cuentos protagonizados por Amalia una niña con DM1. Todos estos materiales son entregados de manera gratuita a los niños y jóvenes que se acercan a nuestras sedes.

La FDJ ofrece asesorías individuales, familiares y variadas actividades grupales o talleres en los cuales se entregan herramientas educativas desde el momento del diagnóstico de las personas con Diabetes Tipo 1. Mensualmente se realizan talleres de cocina, de conteo de carbohidratos, charlas para adolescentes, padres y abuelos. La instancia más esperada por los niños y jóvenes continúa siendo el campamento, en sus versiones de invierno y verano.

Sobre el futuro de la Fundación César Velasco, comenta: "queremos seguir acogiendo y educando a las familias y personas con diabetes. Nos gustaría poder abrir otra sede. Además, es de esperar que los niños de todo Chile tengan acceso al mejor tratamiento, me refiero a la bomba de insulina con sensor de monitoreo continuo de glucosa".

En la misma línea, Ximena Muñoz declara: "hoy ya tenemos una base y estamos consolidados, nuestra idea es continuar esta expansión. Nuestra misión es que todas las personas con diabetes se acerquen a nuestras sedes y obtengan educación gratuita, vengan de donde vengan".

Ana Luisa Bórquez, madre de socio haciendo primeras charlas

Factores que influyen EN EL EJERCICIO

Christian Andrades G, Profesor Ed. Física FDJ

EL EJERCICIO ES VITAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 1, LA RECOMENDACIÓN ESTÁNDAR ES: CUMPLIR COMO MÍNIMO CON 150 MINUTOS DE EJERCICIO DENTRO DE LA SEMANA. EN ESTOS MINUTOS NO SE INCLUYEN NI LAS HORAS DE EDUCACIÓN FÍSICA Y TAMPOCO LAS HORAS DE CAMINATA. LAMENTABLEMENTE, EN BASE A NUESTRA EXPERIENCIA PODEMOS DECIR QUE, EN MUCHOS CASOS, LA REALIDAD NO ES MUY CERCANA A ESTE NÚMERO. ES NECESARIO HACER UN CAMBIO Y DARLE A LA ACTIVIDAD FÍSICA, EL TIEMPO Y LA IMPORTANCIA QUE MERECE, COMO PILAR FUNDAMENTAL DE UNA BUENA GESTIÓN DE NUESTRA CONDICIÓN.

Al enfrentarnos a cualquier actividad física, ejercicio o deporte, existen diversas variables que debemos considerar. En ocasiones, no logramos identificarlas a todas, no sabemos cómo están relacionadas o simplemente las desconocemos. Para comenzar debemos entender que, durante el ejercicio, existen múltiples factores que influyen, algunos propios de la actividad que realizaremos y otras que dependen de cada individuo. Debido a esto, la planificación del ejercicio se convierte en un tema de primera importancia. Si logramos tener una buena planificación podremos evitar eventuales hipoglicemias e hiperglicemias, antes, durante y después de hacer actividad física.

A continuación, les presentamos una infografía confeccionada por el Equipo de Educación Física de la FDJ de Chile. En este gráfico se detalla los factores que has de tener en cuenta para realizar la actividad física.

A continuación, detallaremos los factores que influyen en la actividad física separados en dos grupos: variables relacionadas con la actividad que se realizará y relacionadas al individuo.

INDIVIDUO

▸ Alimentación:

Este es el principal factor protector del ejercicio. Si los alimentos que consumes no son los indicados por el equipo de salud o realizas colaciones en exceso, el control glicémico podría variar abruptamente, ya sea con una hipo e hiperglicemia. Por ello es sumamente importante conocer y utilizar herramientas como el conteo de hidratos de carbono e índice glicémico. Esto tendrá relevancia en relación a la actividad física que se realizará.

▸ Estado físico:

Para cualquier ejercicio y/o actividad física es sumamente importante tener en cuenta nuestro estado físico. Claramente nunca es excluyente, pero es vital que sepamos y conozcamos nuestros límites. Tener este factor en consideración ayudará a tener conciencia de cómo nuestro organismo siente distintos tipos de ejercicios: más leves o más intensos. Este factor va de la mano con la intensidad. A medida que vayamos mejorando nuestro rendimiento físico nuestro cuerpo se acostumbra y va adquiriendo todos los beneficios que produce la actividad física. Mejorar nuestro estado físico es una meta que siempre debemos tener presente.

▸ Insulina Activa:

Al momento cada inyección de insulina debemos conside-

de mayor intensidad consumen más azúcar, pero cuando esta actividad es en periodos cortos de tiempo, existen posibilidades de hiperglicemias debido a las hormonas que produce nuestro organismo ante esa situación.

▶ **Tiempo del ejercicio:**
Los ejercicios de larga duración tienden a ser hipoglicemiantes. Dependiendo de qué tan extenso sea, el riesgo de hipoglicemia aumenta igualmente. Por ello es que debemos tener en cuenta este ítem para ajustar la alimentación previa y la absorción de los alimentos

▶ **Frecuencia:**
Nuestro cuerpo funciona con diversos almacenamientos de glucógeno, que es azúcar almacenada para momentos en que sea requerido, como es el caso del ejercicio. Cuando realizamos actividad física, dichas reservas, no se pueden recuperar de un día para otro, por lo cual si entrenamos días consecutivos estaríamos con una deuda de glucógeno. Este déficit afecta directamente a nuestra glice-

rar el tiempo de acción durante el cual estará actuando en nuestro cuerpo. Lo más importante será identificar el inicio, peak y término de la insulina. Al momento del peak, nuestros niveles de glucosa bajan considerablemente. Si realizamos actividad física durante ese periodo debemos tener en consideración que esto puede acentuar hipoglicemias y puede interrumpir el ejercicio.

▶ **Glicemia:**
El rango de glicemia capilar recomendado para hacer ejercicio es entre 100- 250 mg/dl. Es en virtud de nuestro valor inicial, que se tomarán decisiones como: tipo y cantidad de colación, consideración de insulina activa, intensidad del ejercicio, entre otros. Este es el punto de referencia inicial para saber qué es lo que debo hacer y cómo puedo plantear el desarrollo de mi entrenamiento.

DEPORTE

▶ **Hora de Realización:**
En diferentes horarios del día los niveles de glicemia varían, esto se debe a la producción de ciertas hormonas, entre ellas las contrarreguladoras. Un ejemplo de ello es el fenómeno del alba, en donde gran cantidad de las personas con diabetes, tiene o tiende a hiperglicemias durante la primera parte del día. Por esta razón es relevante saber en qué horario del día haré la actividad física y tener en cuenta para ello las dosis de insulina utilizadas. En ocasiones pueden influir directamente, pero en otras no. Una recomendación es disminuir la dosis de insulina al momento de hacer ejercicio. Esto último está correcto, pero debemos considerar que corresponde sólo si se realiza un ejercicio de duración media y alta (sobre los 30 min). Te recomendamos realizar estas consultas con tu equipo de salud.

▶ **Intensidad:**
La intensidad hace referencia al esfuerzo físico que se realiza. A mayor intensidad del ejercicio, el consumo de glucógeno (glucosa) muscular es más elevado, por tanto, nuestro organismo requiere más azúcar. En definitiva, los ejercicios

mia en favor de las hipoglicemias. Por ello, es importante tener una buena distribución y planificación de las jornadas de entrenamiento durante la semana.

▶ **Tipo de ejercicio:**

Existen diversos tipos de ejercicios. Dentro de ellos destacan los de tipo anaeróbico, aeróbicos y mixtos. Dichos deportes se clasifican según el consumo de oxigeno que demandan y en base a ello es el consumo de glucosa de ese esfuerzo. Es por ello que es importante saber qué tipo de ejercicio realizaré y cómo este influye en el comportamiento glicémico.

Generalmente la bibliografía apunta a que los esfuerzos más intensos y de corta duración (anaeróbicos) tienden a subir la glicemia, mientras que los menos intensos pero más duraderos (aeróbicos) tienden a la hipoglicemia. La experiencia nos muestra que la mayoría de las veces esto es cierto, pero que cada persona con diabetes tipo 1, debe conocer e identificar la reacción su cuerpo antes estos ejercicios.

Como hemos visto, son muchos los factores que influyen al momento de hacer ejercicio, y a ratos pareciera un desafío imposible siquiera comenzar a dar los primeros pasos, zancadas o saltos. Los invitamos a intentar, se darán cuenta que es muy posible y beneficioso.

A veces cometeremos errores, e incluso eso está bien, ya que de esa forma podemos aprender e ir conociendo nuestro cuerpo. Los traspiés son algo natural y son parte del proceso de atreverse a intentar ser mejor. Por nuestra salud y nuestros anhelos, no podemos permitirnos caer en la vida sedentaria. Debemos recordar que la actividad física es un pilar vital del tratamiento y debemos intentar darle el tiempo e importancia que exige.

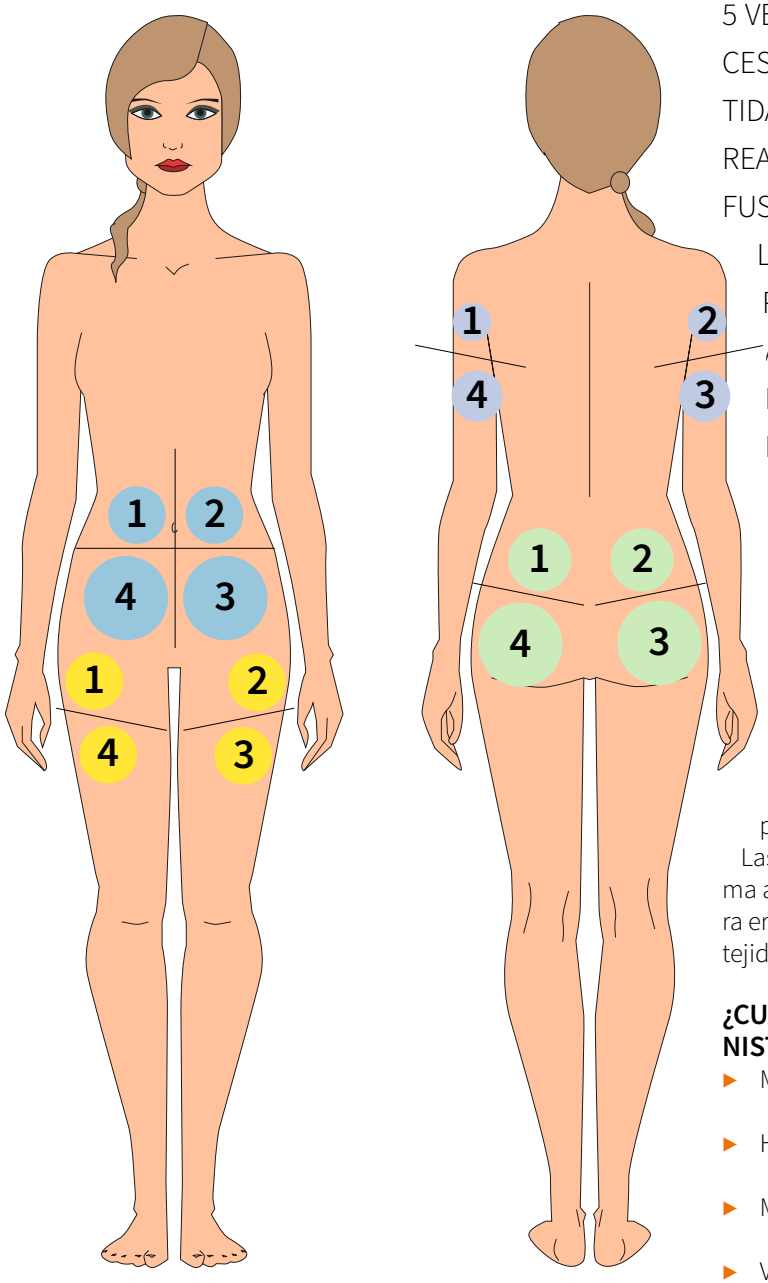
Comiencen por ocuparse de algunos de estos factores e irán notando cómo se conectan con el resto. En un comienzo parece complejo, pero al final es como hacer un puzle; será más fácil si primero planificamos nuestras acciones. Debemos ordenarlo y visualizar todas las piezas antes de comenzar a juntarlas. Luego de eso estaremos listos para triunfar.

De todas formas, lo anterior no quiere decir que, en el caso de alguna invitación improvisada como por ejemplo un partido de futbol, básquet, salir a correr, etc.-, no podemos asistir. También puedes participar y hacer la actividad física. Si conocemos bien los factores que influyen en nuestro control glicémico y basándonos en ellos, podremos saber cómo manejar la situación.

La FDJ de Chile, ofrece asesorías de Educación Física para todos sus socios en la sede de Viña del Mar y de Santiago. En estas clases podrás profundizar tus conocimientos teóricos y prácticos a cerca de la actividad física y los deportes que más te gustan realizar. Solamente debes solicitar una hora en la sede que más te acomode. El mejor día para comenzar siempre es hoy ¡Te esperamos!

¿Por qué es importante cambiar diariamente la zona donde me inyecto la insulina?

Javiera Sánchez, Enfermera de Fundación Diabetes Juvenil de Chile



5 VECES POR DÍA, 35 VECES POR SEMANA, 150 VECES POR MES, 1.825 VECES POR AÑO; ES LA CANTIDAD TOTAL DE PINCHAZOS DE INSULINA SI SE REALIZA CON LÁPIZ O JERINGA. Y SI ES MICROINFUSOR O BOMBA DE INSULINA, CAMBIAMOS CÁNULA CADA 3 DÍAS, 10 VECES POR MES, 120 VECES POR AÑO. TODA ESTA INSULINA VA DIRECTO AL TEJIDO SUBCUTÁNEO QUE SE ENCUENTRA ENTRE LA PRIMERA CAPA DE PIEL Y NUESTROS MÚSCULOS.

Según un estudio realizado en España, una de las complicaciones más comunes es la aparición de lipodistrofias, esto se debe a la no rotación de los sitios de inyección de insulina.

¿QUÉ SON LAS LIPODISTROFIAS?

Las lipodistrofias son una inflamación o endurecimiento resultado de la alteración de las células del tejido adiposo.

Las lipodistrofias impiden que la insulina funcione de forma adecuada ya que provoca que esta se absorba de manera errática y muchas veces más lento de lo que lo haría en un tejido sano.

¿CUÁLES SON LOS EFECTOS NEGATIVOS DE ADMINISTRAR INSULINA EN UNA LIPODISTROFIA?

- Mayor variabilidad glicémica.
- Hipoglicemias inadvertidas.
- Mayor requerimiento de dosis de insulina.
- Valores elevados de HbA1c.

ALGUNAS RECOMENDACIONES PARA EVITAR LA FORMACIÓN DE LIPODISTROFIAS:

1 Antes de inyectar la insulina, deberías revisar el sitio escogido. Si encuentras endurecimiento o algún bulto debes evitar inyectar en esa zona hasta que se recupere.

2 Los sitios de inyección son:
- Abdomen, recuerda dejar dos dedos alrededor del ombligo.
- Cara posterior de ambos brazos.
- Cara antero-lateral de los muslos.
- Parte superior de las nalgas

3 La distancia adecuada entre inyecciones es un dedo lo que equivale a 1 cm. Es recomendado crear un circuito de rotación, existe muchas formas te invitamos a que puedas encontrar la tuya, puede ser en forma lineal, circular hasta agotar el sitio y luego buscar otro.

4 Puedes escoger una zona diferente para cada tiempo de comida. Por ejemplo, los brazos para el desayuno, abdomen para el almuerzo, piernas para la cena.

5 Otra buena opción es reservar las nalgas y muslos para la insulina de acción lenta, es necesarios recordar que los tipos de insulina no se rigen a ser inyectados en un solo sitio, puedes variar y su acción será la misma.

6 De igual forma puedes cambiar del lado izquierdo al derecho cada semana, esta es una buena opción para asegurar el descanso de un lado durante varios días.

7 Algunas personas llevan un registro en su libreta de control, mediante un símbolo que les ayuda a recordar donde la han administrado por última vez.

Novedosas innovaciones para el tratamiento de la diabetes

Marcela Agüero, Químico Farmacéutico FDJ y Franco Giraudo, Médico asesor FDJ

Nueva Insulina ultra-ultra rápida

Insulina FiAsp

Hace unos meses, se lanzó la insulina FiAsp (Faster Aspart) una insulina Aspart en adición con niacinamida (vitamina B3) y L-arginina, dos excipientes que permiten una absorción inicial más rápida en comparación con Insulina Aspart tradicional conocida comúnmente como Novorapid. Esto permite aproximarse a la respuesta fisiológica de la insulina endógena tras la ingesta de comida, mejorando el control de glucosa postprandial en personas con diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2. Esta insulina constituye una nueva categoría de análogos de insulina, que se denominarían "ultra ultra rápidos". Eso sí, aún está por verse si los beneficios observados en los estudios se aplican a la población general, en situaciones de la vida diaria.

Esta nueva generación de insulina de acción aún más rápida, permitiría a las personas optimizar el control de sus glicemias después de la ingesta de alimentos y mejoraría la calidad de vida. Podemos informar que la llegada de esta innovación a Chile no será el 2018, por lo que debemos esperar por su aprobación interna de comercialización en nuestro país.

Nuevos sensores y bombas de insulina

clickandphoto / 123RF Foto de archivo

Monitoreo Flash de glucosa, FreeStyle Libre.

Por otro lado, en los avances innovadores para el tratamiento de los pacientes con diabetes, destacan el uso de los dispositivos capaces de medir de forma continua la glicemia en sangre y tomar decisiones terapéuticas como la corrección de las dosis de insulina necesarias, dirigiendo el desarrollo de la investigación en sistemas subcutáneos de páncreas artificial.

Minimed 670 G

Dentro de éstos, destacan los equipos para la administración de insulina (bomba de insulina o microinfusor) en asociación a un monitoreo continuo de glucosa intersticial, que mediante un algoritmo de control que poseen, permiten administrar de manera automática más o menos insulina entre las comidas (insulina basal), basado en los resultados del sensor continuo de glucosa. Es el caso de MiniMed 670G que en septiembre del

2016 fue aprobada en EEUU a partir de los 14 años para pacientes con diabetes tipo 1 y este año autorizada para niños entre 7 y 13 años.
Este dispositivo es el sistema de administración de insulina más avanzado disponible comercialmente y se clasifica como un sistema híbrido de asa cerrada. Se ha demostrado que esta tecnología proporciona mayor tiempo en rangos deseables de glicemia y menores hipoglicemias, lo que permite mejorar la calidad de vida de la persona que vive con diabetes. En Chile, el sistema MiniMed 670G está disponible para la venta, como también sus insumos que se necesitan mensualmente, pero hasta ahora no está pensada su incorporación a la ley "Ricarte Soto".

Microinfusor de Insulina Minimed 670G.

Guardian Connect

Por otro lado, es posible usar un sensor continuo de glucosa de forma separada a la utilización de un microinfusor de insulina. Estos sensores permiten medir cada 5 minutos los niveles de glucosa intersticial (parecido pero diferente a la glicemia, que es la glucosa en sangre) y transmitirlos por radiofrecuencia o bluetooth a un dispositivo. La aplicación Guardian Connect permite conocer de manera permanente la glucosa intersticial del paciente, gracias a la información entregada por el sensor Enlite de forma continua. Los sensores (que deben cambiarse cada 6 días) y la aplicación están disponibles en Chile, pero es importante mencionar que dicho sensor tampoco está costeado por la Ley.

Microinfusor de insulina genérico.

hdcphoto / 123RF Foto de archivo

Insulina inhalada

Por último, si bien no es nuevo, la insulina inhalatoria está dando de hablar cada vez más, ya que diferentes estudios han demostrado su utilidad como complemento a las inyecciones, que permite que se absorba de manera más rápida, controlando así de mejor manera la elevación de la glicemia post prandial. Esta insulina no está disponible actualmente en Chile.

Inhalador Afrezza

¿Cuál es la mejor opción? Fruta entera o jugo natural

Romina Aedo, Nutricionista FDJ

SIEMPRE SE HA CREÍDO QUE TOMAR UN JUGO NATURAL ES MUY SALUDABLE Y EN MUCHAS OCASIONES HEMOS ESCUCHADO MENCIONAR "TOMAR UN JUGO DE FRUTA ES UN GOLPE VITAMÍNICO" O "NO IMPORTA QUE EL NIÑO NO COMA FRUTA, PORQUE SIEMPRE SE TOMA UN VASITO DE JUGO DE FRUTA". SIN EMBARGO, UNA FRUTA Y JUGO NATURAL NO SON EQUIVALENTES EN TÉRMINOS NUTRICIONALES Y TAMPOCO EN CUANTO SU COMPORTAMIENTO GLICÉMICO O IMPACTO EN LOS NIVELES DE AZÚCAR EN SANGRE. SON MUY DIFERENTES Y A CONTINUACIÓN TE EXPLICAREMOS POR QUÉ.

davizro / 123RF Foto de archivo

¿CÓMO SE EXPLICA ESTA DIFERENCIA?

La diferencia se debe a qué en un jugo, la fruta natural se exprime o tritura, transformando un alimento sólido en uno líquido y pierde la fibra que contiene esa fruta en su estado original. Este proceso hace que sea más fácil la digestión y absorción de sus azúcares, en este caso la fructosa y se produce una rápida elevación de la glicemia en las personas con diabetes. En cambio, una fruta entera, es un alimento sólido y conserva toda su fibra. En consecuencia, el paso de la fructosa al intestino es más lento y la glicemia no tiende a elevarse de manera agresiva. Esta característica de los alimentos es conocida como Índice Glicémico.

El Índice Glicémico (IG) es la capacidad que tiene un alimento con carbohidratos, de incrementar los niveles de glucosa en sangre. Para saber si un alimento es de bajo o alto IG, El punto de comparación de esta medición es la glucosa, que tiene un valor de 100 IG. Siendo el más alto que podemos encontrar, en el otro extremo podemos encontrar las lentejas, que tienen un índice cercano a 30 IG.

Índice glicémico alto:
Más 70, por ejemplo:

Pan de hamburguesa 75 IG ►

Puré de papa natural 80 IG ►

Índice glicémico bajo:
Menos 55, por ejemplo:
Pan integral 40 IG ►

◄ Yogurt sin azúcar 35 IG

Cuando un alimento es de bajo IG, es digerido y absorbido lentamente, produciendo un aumento gradual de la glicemia. Estos, se caracterizan por aportar mayor saciedad y aportan a la estabilidad de las glicemias, sin alzas pronunciadas. Al contrario, los alimentos con IG alto, se digieren y absorben rápidamente, por lo tanto, elevan bruscamente los niveles de azúcar en la sangre, Un ejemplo de esto son los jugos de fruta que mencionamos al principio de este artículo.

▲
1 Naranja regular
35 IG

▲
Jugo de naranja
70 IG

"Los alimentos con índice glicémico alto, se digieren y absorben rápidamente, por lo tanto, elevan bruscamente los niveles de azúcar en la sangre. Un ejemplo de esto son los jugos de fruta."

Existen distintos factores que hacen que un alimento tenga mayor o menor Índice Glicémico, a continuación, se explicaré algunos de ellos:

FACTORES QUE DISMINUYEN EL IG:

▸ Fibra:

Cuando un alimento es rico en fibra, enlentece el proceso digestivo disminuyendo la absorción de los azúcares. Por tanto, la glicemia aumenta lentamente. Por ejemplo: Pan integral, legumbres; especialmente las lentejas, arroz integral, etc.

▸ Grasa y Proteínas:

Ambos nutrientes disminuyen el vaciamiento gástrico. Esto se traduce en que el alimento permanezca más tiempo en el estómago y por lo tanto retrasa la llegada de los carbohidratos al intestino y su paso a la sangre.

"El Índice Glicémico y sus factores son herramientas complementarias al conteo de carbohidratos y es necesario integrarla para lograr los objetivos glicémicos deseados."

"El Índice Glicémico (IG) es la capacidad que tiene un alimento con carbohidratos, de incrementar los niveles de glucosa en sangre."

FACTORES QUE AUMENTAN EL IG

▸ Cocción alta temperatura por tiempos prolongados:

El almidón del arroz, papá, fideos etc., se conforma por dos componentes: amilosa y amilopectina. Al cocinarlos a altas temperaturas por largo tiempo se modifica esta estructura, perdiendo amilosa. Este cambio facilita el trabajo de las enzimas digestivas, haciendo más rápido el traspaso de almidón a glucosa. Por ende, aumenta su índice glicémico.

▸ Consistencia del alimento:

Cuanto más liquido sea el estado o preparación de un alimento con carbohidratos más rápida será su absorción, aumentando bruscamente los niveles de azúcar en sangre.

▸ Maduración:

Cuando algunas frutas están maduras, el almidón que contienen, se vuelve menos resistente a la digestión, por lo tanto, es más fácil de absorber y eleva rápidamente la glicemia.

El Índice Glicémico y sus factores son herramientas complementarias al conteo de carbohidratos y es necesario integrarla para lograr los objetivos glicémicos deseados. En la Fundación Diabetes Juvenil de Chile, queremos que nuestros socios conozcan y usen todas las herramientas que están disponibles en la actualidad. Si tienes más dudas, puedes solicitar una asesoría personalizada en la sede de Santiago o de Viña del Mar.

Total hidratos de carbono (HdC): 228,3g

Hidratos de carbono (HdC) por porción: 22,8g

MANJARATE CASERO

Receta sin gluten
10 porciones

INGREDIENTES:

- 1 tarro de leche evaporada (refrigerada por mínimo 8 horas) (38,25g HdC)
- 100ml de crema para batir (3g HdC)
- 500g de manjar sin azúcar (130g HdC)
- 7g de gelatina en polvo sin sabor (1 sobre)
- 1 taza de cobertura de chocolate bitter sin azúcar (50g HdC)

PREPARACIÓN:

1. En un bol vierte la leche evaporada y batir con batidor a alta velocidad hasta que aumente su volumen al doble.
2. Agrega el manjar sin azúcar y continúa batiendo, esta vez a baja velocidad, agrega la crema y continúa batiendo hasta que esté todo bien integrado. Es ideal ocupar un bol amplio porque la mezcla puede salpicar.
3. En una taza pon la gelatina sin sabor y cúbrela con 2 cucharadas de agua fría y deja reposar por un par de minutos. Agrega media taza de agua hirviendo y revuelve hasta que la gelatina se disuelva completamente. Vierte a la mezcla y bate por unos minutos más.
4. Coloca la mezcla en pocillos individuales y refrigera hasta que cuaje.
5. Corta el chocolate en trozos pequeños y derrítelo a baño maría: Vierte en una olla pequeña 1 vaso de agua y lleva a fuego medio. Sobre la olla pon un bol resístete al calor con el chocolate trozado, a medida que se vaya derritiendo, remueve con una cuchara.
6. Una vez derretido completamente el chocolate vierte un poco sobre cada pocillo formando una capa delgada.
7. Refrigera por 10 minutos. Una vez solidificado ya están listos para servir.

Total hidratos de carbono (HdC): 184,5g
Hidratos de carbono (HdC) por porción:
9 g si son pequeñas - 18g si son grandes
Según el tamaño de la sopaipilla,
pueden salir 20 pequeñas y 10 grandes

SOPAIPILLAS SALUDABLES AL HORNO

Receta vegana

INGREDIENTES:

- 120 g harina integral (84 HdC)
- 120 g de harina blanca sin polvo de hornear (91 HdC)
- 1 taza de puré de zapallo (9,5 HdC)
- 1 cucharadita de polvos de hornear
- 1 cucharadita de sal
- 4 cucharadas de aceite de oliva

PREPARACIÓN:

1. En un bol mezcla el puré de zapallo junto con el aceite de oliva.
2. Agrega las harinas, polvos de hornear y sal e ir integrando con ayuda de un tenedor.
3. Una vez se haya mezclado, saca la mezcla del bol y amasa hasta obtener una masa homogénea y suave que no se pegue en tus manos.
4. Vuelve a poner la masa en el bol y deja reposar tapada con un paño por 15-20 minuto.
5. Precalienta el horno a 220ºC.
6. Uslerea la masa sobre un mesón enharinado hasta un grosor de 0,5 cm. Corta las sopaipillas del tamaño que prefieras y pínchalas con un tenedor. Ponlas sobre la lata del horno previamente enharinada.
7. Lleva a horno por 10-15 minutos hasta que estén un poco doradas.

QUICHE DE ESPINACA, CHAMPIÑONES Y TOMATES CHERRY

Receta sin lácteos
8 porciones

INGREDIENTES:

Para la masa:

- 2 tazas de harina integral (168g HdC)
- 1 cucharadita de sal
- 4 cucharaditas de aceite de oliva
- 1 huevo
- 1/2 taza de agua tibia

Para el relleno:

- ½ cebolla mediana *
- 1 cucharadita de aceite de oliva*
- 2 tazas de espinaca *
- 1/2 taza de tomates cherry *
- 1 taza de champiñones laminados
- 1 taza de bebida vegetal de coco (u otra) (6,3g HdC)
- 3 huevos grandes de
- Sal y pimienta a gusto

PREPARACIÓN:

Para la masa:

1. Junta en un bol la harina integral, sal y aceite y mezcla con un tenedor.
2. En otro bol bate el huevo junto con el agua y agrega a la mezcla de harina.
3. Amasa hasta obtener una masa suave y lleva al refrigerador por 20-30 min.
4. Estira la masa sobre un mesón enharinado y ponla sobre un molde previamente aceitado procurando cubrir la base y los bordes. Pincha con un tenedor y lleva a horno precalentado a 200ºC por 15 min.

Para el relleno:

1. Calienta un sartén y agrega la cucharadita de aceite de oliva.
2. Agrega la cebolla cortada en plumas y cocina a fuego medio por 5 minutos.
3. Añade los champiñones cortados en láminas hasta que estén dorados y finalmente añade la espinaca y cocina por un par de minutos.
4. En un bol bate los huevos junto con la bebida de coco, añade sal y pimienta a gusto. Añade la mezcla del sartén y los tomates cherry cortados por la mitad.
5. Vierte esta mezcla sobre la masa precocinada.
6. Lleva a horno a 180ºC por 30-40 minutos, hasta que haya cuajado.

*Las verduras no fueron consideradas como alimentos a contabilizar debido a su bajo aporte de carbohidratos y alto contenido de fibra.

Total hidratos de carbono (HdC): 174,3g

Hidratos de carbono (HdC) por porción: 22g

bogumil / 123RF Foto de archivo

Emociones en torno al primer campamento

Por primera vez al Campamento de la FDJ: ¿Qué sienten las familias?

Equipo psicología FDJ

Al mirar la calle, parece ser un día normal de verano en la ciudad. Pero a lo lejos, y si ponemos atención, es posible escuchar algo distinto al ruido de las bocinas de los autos, las conversaciones cotidianas de la gente, el ladrido de los perros o el trinar de las aves. Hay algo distinto. Un bus se acerca lentamente a la Fundación Diabetes Juvenil de Chile (FDJ), viene repleto de niños y jóvenes inquietos, cantando y gritando sin fin. Vienen mirando por la ventana, saludando efusivamente a las personas que se detiene a mirar sin entender. Tras los cristales del bus, los jóvenes irradian alegría, emoción y mucha diversión.

Un gran grupo de padres y familias esperan ansiosos, algunos saltan de la emoción, otros sacan sus cámaras fotográficas, ¡hasta hay carteles de bienvenida! Llegó el momento esperado. Bajan todos los jóvenes acompañados de sus monitores, voluntarios y profesionales de la Fundación. Están más bronceados, tienen algo de tierra en sus ropas y el pelo un poco tieso, eso no parece ser un problema, todos vienen felices. Corren con mucha alegría hacia sus familias, algunos se conmueven mientras se dan un fuerte abrazo de reencuentro, otros ríen mientras cuentan entusiastamente las anécdotas recién vividas.

Poco a poco, los niños junto con sus familiares y unas grandes mochilas, se despiden de sus amigos y compañeros de aventuras. Los padres expresan su agradecimiento por la experiencia. Comentan lo felices que están al darse cuenta que sus hijos aprendieron más sobre Diabetes Tipo 1, compartieron con sus pares, hicieron nuevos amigos y dan gracias porque lograron estar algunos días lejos de manera más autónoma e independiente. Los niños se van felices camino a sus casas, relatando y teatralizando, sin parar, todas las historias y aventuras vividas en un nuevo Campamento de Verano de la FDJ.

La FDJ, busca acoger, apoyar y educar a las personas con diabetes que usan insulina y su entorno, para promover la adherencia y perseverancia en el tratamiento. Para lograr esta misión, en la Fundación realizamos distintas actividades individuales y grupales, siendo una de las principales los campamentos para niños y jóvenes con Diabetes Tipo 1. Esta actividad es una escuela al aire libre, que se desarrolla desde 1990, reuniendo durante 4 días a socios de entre 8 y 18 años. De esa manera se genera un espacio de interacción y aprendizaje entre pares, guiados por un equipo de voluntarios y profesionales. Con los campamentos buscamos fortalecer los conocimientos y herramientas de los participantes, para que crezcan en autonomía y puedan hacerse más responsables de su autocuidado y su adherencia al tratamiento de la diabetes.

Como equipo de psicólogas que trabajamos en los campamentos hace años, creemos que la labor que realizamos es significativa y que de ella se benefician tanto los niños y jóvenes que asisten al campamento, como también sus familiares y otros agentes que participan colaborando, como los monitores, los profesionales y estudiantes voluntarios.

Esta convicción se basa principalmente en los relatos que escuchamos, en las sonrisas que observamos y en los agradecimientos que recibimos posterior a los campamentos. Pero hasta hace poco, no habíamos profundizado en conocer las opiniones de los campistas que participan por primera vez en esta actividad. Motivadas por explorar en eso, generamos un proceso de entrevistas previas y posteriores a la asistencia a campamento, dirigidas a las familias de los socios que asistieron por primera vez al Campamento de verano Walüng 2018.

Nuestra intención antes del campamento, fue identificar las principales motivaciones, expectativas e inquietudes asociadas con la participación en esta actividad.

¿CÓMO LO HICIMOS?

Se realizaron 41 entrevistas, un mes antes del campamento, en las que participaron socios entre 8 y 18 años junto a familiares. Posteriormente, a un mes de haber asistido al campamento de verano 2018, realizamos entrevistas a 27 de esas familias para conversar acerca de la experiencia vivida, con el fin de identificar si se cumplieron las expectativas, y conocer cuáles fueron los principales aprendizajes. Con estas entrevistas se intentó medir el impacto o los cambios que presentaron los niños y jóvenes campistas, al volver a su casa. A partir de las entrevistas, pudimos conocer en profundidad cómo es la experiencia de quienes asisten a nuestros campamentos.

En esta ocasión, nos gustaría compartir con ustedes las principales emociones que suelen sentir los niños/adolescentes y sus familias, cuando viven por primera vez la experiencia de campamento.

PRINCIPALES EMOCIONES ANTES DEL CAMPAMENTO

¿Qué se imaginan que siente un niño o joven cuando sabe que va a ir por primera vez a un lugar, donde pasará unos días fuera de su casa, junto a otros chicos mayoritariamente desconocidos, que se "pinchan" día a día igual que él?, ¿Será similar lo que siente un adolescente o un pre adolescente al aceptar la invitación de asistir? ¿Cómo se imaginan que se sienten los padres o cuidadores al darles permiso para participar? Y luego del campamento, ¿cambiarán las emociones que sentían en un comienzo? ¿Cuáles podrían ser las principales emociones de los campistas al volver a sus casas?

Probablemente, varios de ustedes han estado en esa situación. Y otros, seguramente están respondiéndose las preguntas en base a lo que suponen que puede pasar al vivir

"Con los campamentos buscamos fortalecer los conocimientos y herramientas de los participantes, para que crezcan en autonomía y puedan hacerse más responsables de su autocuidado y su adherencia al tratamiento de la diabetes."

esta experiencia. Lo que a nosotras nos pareció más interesante al realizar las entrevistas previas al campamento, fue encontrarnos con la presencia de distintas emociones, tanto en los niños como en sus padres, que aparentemente parecería contradictorio sentir a la vez.

“Estoy feliz y nervioso” es un buen ejemplo para representar lo que escuchamos en las entrevistas a las familias antes de ir al campamento. En esa instancia, la mayoría de los campistas entrevistados refirió sentir distintas emociones, algunas muy agradables asociadas con la alegría y motivación de poder asistir. Y a la vez, hablaron de sentir otras emociones relacionadas con el nerviosismo, la ansiedad y el temor, por tratarse de una experiencia nueva.

Los más pequeños estaban especialmente motivados por la posibilidad de pasarlo bien y compartir con otros, siendo su principal temor el alejarse de sus familias: “Estoy feliz por conocer nueva gente y hacer amigos, pero me pone nerviosa ir sola, sin nadie de mi familia, es primera vez que salgo sola” (Campista, 9 años, 1 mes con dm1).

Los adolescentes comentaron que su principal motivación era el interactuar con más personas con diabetes y aprender más sobre su condición, mostrándose a la vez ansiosos e inseguros por la posibilidad de ser molestados o no aceptados por el grupo. "Estoy emocionada por ir, pero igual me pone nerviosa porque no sé cómo va a ser la gente allá" (Campista, 13 años, 7 años con dm1). Otra campista, que llevaba menos tiempo con diabetes comentó: "Ahora me siento emocionada y expectante por ir al campamento, y siento también incertidumbre por si voy a ser aceptada, por si me voy a sentir bien allá" (Campista, 16 años, 8 meses con dm1).

Los padres y cuidadores mencionaron que su aprehensión general radicaba en delegar el cuidado de la diabetes de sus hijos a otras personas, al estar ellos acostumbrados a ser los responsables principales. Señalaron sentir preocupación en especial por la alimentación, el control sobre sus hijos en función de sus glicemias y la posibilidad de presentar alguna descompensación durante campamento.

En cuanto a lo social, les inquietaba saber si harían amigos o se llevarían bien con sus pares. En palabras de un papá: “Ella es una niña súper sociable, entonces no me gustaría que se sintiera aislada o tuviera algún tipo de rechazo, que eso le afecte mucho y no estemos nosotros ahí

“Todos los adultos que participaron de estas entrevistas nos comentaron que el campamento impactó positivamente en sus hijos, principalmente, porque permitió que integrasen la diabetes como una condición de vida y no una enfermedad limitante.”

“No es fácil dejarla ir sola cuatro días, pero estamos tranquilos y confiados en el equipo.”

para contenerla” (Papá de campista, 12 años, 2 años con diabetes).

Al igual como ocurrió con sus hijos, pudimos constatar que en la mayoría de los padres y cuidadores también se daba la coexistencia de dos emociones aparentemente opuestas, sintiendo miedo y confianza a la vez, predominando esta última estadísticamente. Así lo señalan estos padres: “Primera vez que va sola, eso obvio que me da susto, pero estoy confiado que saldrá todo bien por todo lo que hemos escuchado y visto. No es fácil dejarla ir sola cuatro días, pero estamos tranquilos y confiados en el equipo” (Papá de campista, 9 años, 2 años con dm1). “Yo estoy bien tranquila en general. Para mí es sólo la aprehensión de no saber cómo va a estar, cómo se siente, porque no vamos a poder hablar” (Mamá de campista, 12 años, 2 años con dm1).

“Lo vamos a echar de menos, pero igual aunque no lo crea, yo estoy tranquila, sé que nada le va a pasar, porque va a estar con enfermeros, con monitores, con todos ahí. Así que me siento tranquila, tengo la confianza absoluta en que va a estar bien” (Mamá de campista, 14 años, 10 años con dm1). “Que viva todo lo que tenga que vivir. No me preocupo por las bajas o altas, porque estará rodeado de ustedes que saben y él se conoce” (Mamá de campista, 15 años, 6 años con dm1).

La posibilidad de conversar sobre estos temas con las familias, permitió que algunos papás vieran que sus hijos no sólo estaban motivados, sino que también un poco asustados por participar. ¿Por qué puede ser importante darse cuenta de esto? Porque se trata de algo normal y no para alarmarse. Al ser una experiencia nueva, es esperable que haya cierta ambivalencia, es decir, que coexistan emociones como la alegría y el miedo por asistir al campamento. Además, las aprehensiones que comentaron tanto los niños como sus padres, son muy comprensibles, sobre todo, si pensamos en la etapa del desarrollo en la que están, cuáles son sus principales intereses y los roles que están ejerciendo.

Durante estas encuestas, nos dimos cuenta que al hablar del tema, las familias pudieron generar algunas estrategias para sentirse más tranquilos, como hacer uso de las redes sociales de la Fundación para saber de sus hijos durante el campamento. Por otro lado, algo que les contribuyó a sentirse más tranquilos fue el saber que en el campamento los niños podrían pedir ayuda a los adultos si echaban mucho de menos o si necesitaban algo. Al haber tenido una entrevista previa, los padres se sintieron mucho más relajados ya que pudieron aclarar distintas dudas o aprehensiones sobre campamento, que fueron resueltas en ese momento. Luego de esto manifestaron sentirse más confiados y seguros por tener mayor información respecto a los protocolos y funcionamiento de la actividad.

¿Y LUEGO DEL CAMPAMENTO QUÉ SUCEDIÓ?

Una vez finalizado el campamento queríamos saber cómo les había ido, si sucedió lo que esperaban y principalmente cómo se sentían, los más grandes y chicos, luego de haber vivido la experiencia.

En las entrevistas posteriores, los socios más pequeños dijeron que se sentían felices y tranquilos, porque les gustó participar. Volvieron con nuevos aprendizajes y amigos, se sintieron bien cuidados durante el campamento, y asociaron estas mismas emociones con poder volver a reencontrarse con sus familias, a quienes echaron de menos. La mayoría señaló también sentirse orgullosos por haber cumplido sus expectativas y haber aprendido más sobre diabetes, señalando además que el campamento los sorprendió, pues fue incluso más divertido de lo que imaginaban. Así lo señalan estas campistas: “Me sentí feliz, porque me cuidaron y me entretuve más de lo que imaginé durante el campamento. También me sorprendí porque no pensé que fuera tan divertido y me sentí contenta porque conocí muchos amigos y aprendí a sacar insulina del lápiz con la jeringa” (Campista, 9 años, 1 año con dm1). “Me siento orgullosa porque aprendí a inyectarme en brazos, piernas y glúteos. Me sentí segura con el equipo, los monitores nos protegían harto, podíamos preguntar cualquier cosa. Y también me siento segura en el manejo de mi diabetes, antes cuando me media tenía que hacer una operación y ahora lo hago mental, no me demoro nada en comparación a antes. Y también feliz, porque la pasé bien y fue entretenido” (Campista, 11 años, 4 meses con dm1).

Los campistas entre 12 y 14 años mencionaron que las principales emociones que sienten luego de haber ido al campamento son: Feliz, relajado, tranquilo, aliviado y ansioso. Estas emociones nacen a raíz de que la experiencia fue buena, lo pasaron bien, ya saben cómo funciona el campamento y finalmente pudieron conocer pares con su misma condición y darse cuenta que no son los únicos. En palabras de los campistas: “Feliz! Feliz más que nada, porque pasó todo lo que yo quería que pasara. Y ya no tengo susto, porque ya estoy en la casa y eso fue la primera noche más que nada. Todo eso me hace sentir feliz." (Campista, 12 años, 2 años con dm1). “Me siento feliz de haber ido porque salí de mi rutina de estar siempre en la casa y relajada porque conocí como es el campamento y como funciona” (Campista, 12 años, 8 meses con dm1). Otra campista dijo: "Me siento contenta por todo lo que viví, de hecho, todo el campamento fue risas y no sé yo me acuerdo de todos los momentos en que me reía, no sé… todos los recuerdos son estar riendo” (Campista, 13 años, 7 años con dm1).

“Me siento orgullosa porque aprendí a inyectarme en brazos, piernas y glúteos. Me sentí segura con el equipo, los monitores nos protegían harto, podíamos preguntar cualquier cosa. Y también feliz, porque la pasé bien y fue entretenido.”

Los adolescentes por su parte, mencionaron que a su regreso las emociones que sienten tienen que ver con motivación y ganas de replicar lo vivido en campamento. Esto se ha traducido en vivir la diabetes de una forma más empoderada y segura, sin sentir vergüenza frente al resto y con ganas de seguir aprendiendo más para ponerlo en práctica.

Como dijeron estos campistas en las entrevistas posteriores: “Todo me dejó tranquila, iba con ganas de aprender y volví con esa experiencia. Además, me siento feliz porque la pasé bien y me divertí… pensé que me iba a costar hablar con los demás y no fue así. Como que me siento aliviada, porque conocí nuevas personas y no fue difícil” (Campista, 16 años, 7 meses con dm1).

Otros campistas confesaron: “Me siento orgullosa de mí también, porque aprendí

hartas cosas y llegué con más conocimientos y dispuesta a explicarle y enseñarles a otras personas que no saben de diabetes, como con las personas que vivo, por ejemplo" (Campista, 16 años, 7 meses con dm1). "Encontré que en campamento todos los días nos parábamos y nos inyectábamos y empezábamos bien el día y yo pensaba que así tenía que hacerlo en la casa. Y así lo estoy haciendo" (Campista, 15 años, 6 años con dm1). "Volví más optimista, porque siento que ahora le puedo contar a todos que tengo diabetes y no avergonzarme porque tengo que preocuparme de mí y no de lo que los demás hagan" (Campista, 16 años, 7 meses con dm1).

Y LOS PADRES… ¿QUÉ OPINARON DESPUÉS DEL CAMPAMENTO?

Todos los adultos que participaron de estas entrevistas nos comentaron que el campamento impactó positivamente en sus hijos, principalmente, porque permitió que integrasen la diabetes como una condición de vida y no una enfermedad tan limitante. Los padres creen que compartir con pares les dio la posibilidad de sentirse acompañados y saber que otras personas tienen sus mismas responsabilidades con el tratamiento. Entonces, disminuyó en ellos la sensación de sentirse "solos" o "los únicos". Valoran esta instancia como un espacio especial donde sus hijos pudieron compartir con pares que tienen la misma condición y sentirse comprendidos. En palabras de una mamá: "Lo mejor fue que pudo compartir con otros niños que son igual que él, y que hizo hartos amigos" (mamá de campista, 11 años, 9 años con dm1).

"Volví más optimista, porque siento que ahora le puedo contar a todos que tengo diabetes y no avergonzarme porque tengo que preocuparme de mí y no de lo que los demás hagan."

Asimismo, describen que el campamento fomentó que los hijos volvieran más responsables con su tratamiento, sintiéndose más empoderados, seguros y con menos vergüenza, por ejemplo, para pincharse frente a otros, desarrollando con esto nuevas habilidades para cuidarse de manera más autónoma y aumentando así su sensación de libertad. Como señalan estas madres: "Sí, creo que el campamento tuvo un impacto, porque aprendió a cómo comer, a respetar sus horarios, y porque está más responsable con su dm1. No es que fuera irresponsable antes, pero ahora está mucho más atenta. Está mucho más pendiente de sus cosas, su máquina, etc." (mamá de campista, 9 años, 2 años con dm1). En materia de estima personal, una madre comenta: "Noto cambios en su autoestima y seguridad. Esto lo veo en su comportamiento, en aplicarse el tratamiento

en cualquier parte, en el metro, en la calle, antes no le gustaba. Siento que ahora le da lo mismo pincharse en cualquier lado, tiene un comportamiento distinto desde que llegó en relación a su dm1" (Mamá de campista, 14 años, 6 meses con dm1).

Los padres también identifican un cambio de actitud en sus hijos, ya que luego del campamento los observan más contentos, alegres, más seguros de ellos mismos, autónomos, con una actitud más positiva frente a su condición y mayor conciencia sobre sus cuidados. Lo anterior se aprecia en la siguiente respuesta: "Sí, impactó porque llegó más grande, contando aventuras e historias y más independiente. Con una actitud diferente. ¡Estuvo las dos primeras semanas sólo hablando eso!" (mamá de campista, 8 años, 1 años dos meses con dm1).

Por último, los padres aluden a la confianza que sienten en el equipo que está detrás, diciendo que esto los motiva a continuar enviando a sus hijos con la tranquilidad y seguridad de que estarán bien cuidados.

¿RECOMIENDAN CAMPAMENTO?

La totalidad de los padres recomiendan la asistencia al campamento, ya que lo ven como una experiencia enriquecedora, en la que sus hijos lo pasan bien, aprenden de diabetes y están muy bien cuidados. Por esto, señalan que se puede confiar tranquilamente en la FDJ y el equipo a cargo, ya que éste además de cuidar a los niños, fomenta que ellos aprendan también a cuidarse a sí mismos. Los papás dicen que, si bien cuesta a veces darles permiso, es una instancia de aprendizaje para los hijos y también para ellos como padres.

Los socios también recomiendan el campamento y comentan que les gustaría volver, porque es una gran experiencia para pasarlo bien, compartir con otros, aprender y estar bien cuidados. Les dirían a otros niños y familias que no es necesario preocuparse, que estén tranquilos porque no se arrepentirán de asistir.

Cuestionario

¿CUÁNTO SABEMOS SOBRE EL MANEJO DE LA DIABETES?

A veces podemos creer que tenemos nuestra diabetes totalmente bajo control, pero ¿es realmente así? Te invitamos a responder el siguiente cuestionario para poner a prueba tus conocimientos sobre los distintos pilares del tratamiento en diabetes.

Nutrición

1

¿Cuántos gramos de Hidratos de carbono (HdC) tiene una manzana?

- A 15g HdC
- B 20g HdC
- C 10g HdC
- D 50g HdC

2

De los siguientes alimentos: ¿Cuál no aporta Hidratos de carbono?

- Yogurt sin azúcar — A
- Plátano — B
- 1 taza de arroz — C
- 1 trozo de pollo — D

3

Si su hijo está con hiperglicemia y le corresponde una colación: ¿Cuál de los siguientes alimentos sería el más apropiado consumir?

- A 1 fruta
- B 3 unidades de galletas sin azúcar.
- C 1 barrita de cereal sin azúcar
- D rollitos de jamón

Insulinoterapia y autocontrol

4

El concepto lipodistrofia se define como:

A Acumulación de insulina en el tejido muscular.

B Endurecimiento o inflamación del tejido graso, que no podemos ver ni tocar relacionado con la con la inyección constante de insulina en un mismo sitio.

C Endurecimiento o inflamación del tejido graso subcutáneo debido a inyecciones constantes de insulina en el mismo sitio.

D a y c son correctas.

5

El uso del Kit de Glucagón, está indicado para su uso cuando:

A Nos encontramos frente a una hiperglicemia,

B Nos enfrentamos a una hipoglicemia asociado a un valor menor de 70 mg/dL

C Nos enfrentamos a una hipoglicemia con dificultad para ingerir alimentos, pérdida de consciencia y/o convulsiones.

D b y c son correctas.

6

El concepto ratio por carbohidratos corresponde a:

A Cantidad de insulina ultra-rápida necesaria indicada para corregir o bajar cierta cantidad de puntos la glicemia.

B Cantidad de insulina basal que nos inyectamos por día.

C Cantidad de insulina ultra-rápida necesaria indicada para procesar cierta cantidad de carbohidratos.

D a y c son correctas

7

¿Cuál de los siguientes no es un factor importante a considerar al momento de hacer actividad física?

- **A** Clima
- **B** Insulina activa en nuestro cuerpo
- **C** Colaciones y alimentación antes durante y después del ejercicio.
- **D** Intensidad del ejercicio

8

¿Qué elementos de la planificación de la actividad física podrían tender a subir la glicemia?

- **A** Insulina Activa
- **B** Tiempo del ejercicio
- **C** Tipo de ejercicio
- **D** Frecuencia

9

¿Cuáles de los siguientes elementos es el más importante para tener en cuenta al momento de hacer ejercicio?

- **A** Planificación del ejercicio
- **B** Calzado
- **C** El clima
- **D** Nunca ir solos

10

Cuando a una persona le diagnostican diabetes, generalmente sus hermanos…

A Se asustan y preocupan

B Reciben menos atención de los padres (durante un tiempo), lo que puede hacerlos sentir celosos y desplazados

C Pueden sentirse confundidos y requerir varias explicaciones sobre lo que sucede en la familia

D Todas las anteriores

11

Cuando uno de tus hijos debuta con DM1, es recomendable que a sus hermanos:

A Se les preste menos atención, puesto que la atención debe estar en el hijo que acaba de ser diagnosticado.

B Se les trate de la misma manera, compartiendo el régimen alimentario de su hermano y eliminando el azúcar de la casa.

C Se les trate de la misma manera, hablando con ellos sobre lo que está ocurriendo y, de acuerdo a sus edades, explicándoles lo que es necesario que sepan sobre la diabetes.

D Exigirles que estudien y aprendan sobre la dm1, ya que esta es la única forma que puedan comprender por lo que su hermano está pasando.

12

"Mi hijo es adolescente y me pide permiso para ir a una fiesta… A mí me da miedo, porque no se mide la glicemia regularmente ni sabe cómo calcular la comida que sirven en un carrete".
¿Qué sería recomendable decirle en esta situación?

A Sólo si tienes tus glicemias en rango durante toda esta semana, puedes ir a la fiesta.

B Me preocupa que vayas porque todavía no nos manejamos bien con el tipo de comida que hay en una fiesta, ¿cómo lo podemos hacer?

C Te dejo ir, pero debes mostrar más motivación con cuidarte.

D Bueno, puedes ir, pero comes antes acá y así no comes nada allá en la fiesta, porque eso es muy complicado.

Hipoglicemias y tratamiento

Equipo de Educación Fundación Diabetes Juvenil de Chile

sabphoto / 123RF Foto de archivo

El descenso anormal de la glucosa en sangre en un individuo que usa insulina, conocido como hipoglicemia, coloquialmente conocida como "baja", está definido por una concentración de <70 mg/dl. Por lo general se acompaña de síntomas y signos que alertan a la persona o sus conocidos de que la baja puede estar ocurriendo.

Existen varias clasificaciones de la hipoglicemia, pero la división que aquí nos interesa es aquélla que distingue entre los episodios que se pueden auto tratar y la hipoglicemia severa, que es la que requiere ayuda de alguien más para poder resolverla, sin importar el valor de glucosa en sangre. Así entonces podemos tener personas con glicemias de 20 mg/dl que son capaces de tratarse solos y personas que experimentan una hipoglicemia severa con valores más altos. La importancia de esta separación es el tratamiento que se debe realizar en ambas situaciones. Ahora profundizaremos en este tema.

Desde el punto de vista del funcionamiento del cuerpo podemos distinguir 2 tipos de síntomas: los primeros son generados en respuesta a la falta de azúcar, la que produce liberación de la hormona adrenalina (¡sí, la misma que liberamos frente a emociones intensas!), por lo que sentimos mareos, temblores, taquicardia, sudoración. Estos síntomas son llamados adrenérgicos.

El otro grupo de síntomas, los neuroglucopénicos, que significa falta de glucosa en el cerebro. Estos, se manifiestan como desconcentración e irritabilidad, pudiendo llegar en situaciones extremas a pérdida de consciencia y/o convulsiones.

Es importante mencionar que la secuencia habitual de presentación de los síntomas es primero los físicos (adrenérgicos) y luego los mentales (neuroglucopénicos), lo que explica por ejemplo que una persona se despierte en la noche frente a una hipoglicemia, por la incomodidad de los síntomas físicos.

Siempre se debe confirmar la sintomatología con una medición de glicemia, ya que hay síntomas compartidos con el fenómeno opuesto, la hiperglicemia. Una vez seguros de que estamos frente a una "baja", se debe consumir un azúcar de absorción rápida, como tabletas de glucosa, jugos o bebidas azucaradas. Luego, es necesario esperar tranquilos a que la glicemia regrese a la normalidad. Por lo general para un adolescente o adulto, son suficientes 15 gramos de hidratos de carbono y se espera que la glicemia se normalice dentro de 15 minutos. A veces es recomendable reforzar con hidratos de carbono de absorción más lenta luego de normalizar la glicemia, sobre todo cuando hay insulina dentro del cuerpo que seguirá haciendo efecto, a esta insulina se le denomina activa. En estos casos podemos dar, además del azúcar inicial, una fruta, un vaso de leche o una colación de 15 hidratos de carbono; si estamos próximos a una comida, podemos adelantarla.

"la regla de los 15 es una buena forma de recordar el tratamiento: 15 gramos de azúcares y esperar 15 minutos."

En el caso de una hipoglicemia severa, el consumo de cualquier sustancia por la boca está contraindicado, ya que, al estar la persona inconsciente, podría ahogarse intentando tragar. En estos casos utilizamos la inyección de emergencia llamada glucagón, que es la hormona opuesta a la insulina, que eleva la glicemia ya que induce a liberar las reservas de azúcar desde el hígado.

Respecto al tratamiento de las hipoglicemias o "bajas", es importante considerar que mientras más tiempo transcurre desde que nos damos cuenta del evento, es decir, la aparición de los síntomas y comprobación con una glicemia, hasta el consumo de azúcares de absorción rápida, mayor será el tiempo que nuestro cuerpo estará "luchando" frente a la hipoglicemia, liberando más adrenalina. Esto repercutirá en que el alza de glicemia posterior será mayor, produciendo a veces lo que se conoce como "rebote" que es un aumento exagerado de la glicemia, terminando con una hiperglicemia. Este fenómeno puede ser evitado con el tratamiento oportuno y adecuado.

En nuestras asesorías educativas y en la experiencia del trabajo con personas con diabetes tipo 1, es común escuchar algunas conductas poco apropiadas para el tratamiento de hipoglicemias. Aquí les presentamos algunos errores más frecuentes:

- Tratar una "baja" con galletas, golosinas, chocolates, obleas chocolatadas o helados, no es recomendable debido a que estos productos tienen un proceso de absorción lenta, tardándose en subir la glicemia. Además, puede llevar a asociaciones no deseadas, por ejemplo: "cuando estoy bajo puedo/debo comer esas golosinas".
- Comer pan con mantequilla, manjar o mermelada tampoco es recomendable debido a su absorción lenta en comparación a los líquidos azucarados.
- Intentar subir la glicemia con miel no es recomendable ya que es de difícil cálculo de carbohidratos, pudiendo provocar fácilmente efecto rebote o no alcanzando la dosis necesaria. El consumo de miel no está recomendado para menores de 3 años con o sin diabetes, debido al procesamiento artesanal al que es sometido el producto.
- Otro error frecuente es no esperar el tiempo correspondiente para hacer una nueva glicemia después de tratar la hipoglicemia. Si no se espera el tiempo adecuado (10 a 15 minutos), se pueden obtener resultados aún bajo y si se vuelve a tratar como hipoglicemia, el resultado será un rebote o hiperglicemia.

Frente a esto volvemos a recomendar el uso líquidos azucarados. Por ejemplo: agua con azúcar, bebidas con azú-

car, pastillas o gel de glucosa. Recuerda que es importante revisar el etiquetado de los productos para consumir una porción adecuada para elevar la glicemia al rango deseado.

Aquí te dejamos algunos consejos, esperamos que te puedan ayudar:

- Recuerda que es normal preocuparte por la posibilidad de tener una hipoglicemia. De hecho, es de los temores más frecuentes en las personas que viven con diabetes, por los riesgos que implican y por las sensaciones molestas que pueden generar. Hablar sobre estas experiencias puede ayudarte a reconocer mejor tus sentimientos y pedir ayuda para regular los temores si lo necesitas.

- Lo más importante es aprender a prevenir las hipoglicemias y, en caso de que ocurran, estar preparados para tratarlas como corresponde. Para esto, ten en cuenta que irás aprendiendo cada día más a conocer tu cuerpo e identificar los síntomas de la hipoglicemia. Estos te alertarán sobre lo que está ocurriendo y serán una señal para hacerte cargo de ella.

- Lleva contigo siempre tu tratamiento para las hipoglicemias: azúcar, glucosas, líquidos con azúcar. Así, en caso de que ocurra una hipoglicemia, siempre tendrás cómo tratarla y esto aumentará tu confianza en que puedes manejar esas situaciones.

- Es normal tener miedo, pero es indispensable aprender a manejarlo si sientes que es muy intenso. A veces por temor, las personas mantienen altos los niveles de glicemia o desarrollan conductas para evitar situaciones que podrían producir una hipoglicemia, como, el ejercicio por ejemplo. Pero esto genera a la larga muchas desventajas, por lo que es fundamental buscar estrategias que te aporten seguridad y permitan mantener un buen control metabólico. Un ejemplo de estrategia, si estás acompañado, es comunicarle a alguien que estás teniendo una hipoglicemia.

- Es recomendable que las personas con las que más compartes, sepan que tienes diabetes y que conozcan, más específicamente, qué hacer en caso de una hipoglicemia si es que necesitas su ayuda.

- Usa una identificación que explicite que tienes diabetes tipo 1 y a quiénes contactar en caso de emergencia, por si llegas a necesitar ayuda con una hipoglicemia estando en la calle.

Si eres el papá o mamá de alguien con diabetes:

- Intenta mantener la calma, los niños podrían percibir tu inquietud y esto podría influir en cómo ellos se tomen la situación. Es especialmente importante cuidar el lenguaje no verbal para evitar que ellos se estresen.

- En caso de ser un niño pequeño que no entiende todavía qué sucede, es importante explícale lo que ocurre; no le digas que "no pasa nada", sino que es mejor enseñarle qué es lo que está sintiendo y decirle qué es recomendable que haga en esos casos.

- Lleva un registro y busca identificar cuáles son las causas de la hipoglicemia, tratando de no culpar a tu hijo por eso, sino que para aprender porqué ocurrió prevenirlo en el futuro.

- Enséñale a reconocer sus síntomas (asociando la glicemia con sensaciones corporales) y ayúdalo a identificar qué debe hacer cuando ocurren. Según la edad, será recomendable que se acerquen a un adulto y pidan ayuda; si ya son adolescentes, pueden además de eso, ellos mismos medirse la glicemia e ir tomando decisiones sobre cuánta azúcar deben ingerir de acuerdo al resultado.

- Ayúdalo a expresar lo que siente con las hipoglicemias. Al incluir síntomas desagradables, puede que tu hijo necesite desahogarse y es bueno que sepa que puede contar contigo para hablar sobre eso.

belchonock / 123RF Foto de archivo

Aprendiendo de la Ley Ricarte Soto

Ignacio Palacios, Periodista FDJ

Agustín Pattillo (5) beneficiario de una bomba de insulina por la Ley Ricarte Soto

La Ley 20.850, comunmente conocida como Ley Ricarte Soto, busca asegurar el financiamiento de diagnósticos y tratamientos basados en medicamentos, dispositivos médicos y alimentos de alto costo con efectividad probada.

Actualmente, esta política pública cubre 17 patologías asociadas a diagnósticos o tratamientos de alto costo. Pueden ser beneficiarias las personas que tienen un Sistema de Salud Previsional en Chile, es decir: cotizantes de Isapres, Fonasa y Fuerzas Armadas y de Orden. De acuerdo con la información entregada por el Ministerio de Salud en agosto pasado, más de 11.400 pacientes han utilizado o están utilizando este programa de salud.

El decreto N°50, vigente desde el 1 de enero de 2017, determinó incluir en el sistema de protección financiera de la Ley Ricarte Soto el "tratamiento basado en la administración de insulina, a través de infusores subcutáneos continuos (bombas de insulina con sensor) para personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 1, inestable severa*".

**Este criterio se ha flexibilizado; consúltelo con el doctor.*

¿CÓMO ACCEDER A LOS BENEFICIOS DE LA LEY 20.850 PARA DIABETES TIPO 1?

SOSPECHA INICIAL

Las personas con Diabetes Tipo 1, inestable severa, que requieran acceder a los beneficios de la Ley N° 20.850 deberán solicitar una evaluación inicial a un diabetólogo o endocrinólogo. Dicha evaluación, que deberá ajustarse a los criterios de inclusión establecidos en el protocolo de la Ley, le permitirá al médico completar y tramitar el formulario de sospecha inicial. El médico será responsable de la información entregada, la que podrá ser objeto de auditoría.

SOSPECHA FUNDADA

La sospecha fundada deberá ser levantada por un "Centro de Referencia" o prestador aprobado, que cuente con un equipo multidisciplinario capacitado en el manejo de Infusores Subcutáneos Continuos de Insulina. En esta etapa es necesario realizar una nueva evaluación médica y completar el estudio para solicitar el Infusor Subcutáneo de Insulina, que responda a los criterios de inclusión establecidos por la Ley.

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA

En esta etapa, el Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado debe validar la solicitud del dispositivo de Infusor Subcutáneo de Insulina. Esta validación depende de los antecedentes presentados y del cumplimiento, o no, de los criterios de inclusión exigidos por la Ley.

En caso de que la solicitud se valide, el médico diabetólogo o endocrinólogo del Centro de Referencia que generó la solicitud, deberá notificar al paciente su calidad de Beneficiario de la Ley y asignar un establecimiento dentro de la red de prestadores aprobados para el tratamiento y seguimiento.

¿CUÁLES SON LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN?

Para acceder a los beneficios ofrecidos por la Ley Ricarte Soto es necesario cumplir con los siguientes criterios de inclusión, de acuerdo al subgrupo establecido:

Subgrupo 1:
Personas con diagnóstico de Diabetes Tipo 1, con requerimientos de micro dosis de insulina y que, a pesar de llevar un correcto tratamiento, no logran un control glicémico apropiado, presentando niveles de hemoglobina glicosilada mayor o igual a 8,0%; múltiples episodios de hiperglicemias sobre 300mg/dl o de cetoacidosis o cetosis recurrente, todas de causa no precisada.

Para acceder al beneficio, deben cumplir los criterios de los ítem 1, 2, 3 y 4 y a lo menos un criterio de los ítems 5 y 6, que se precisan a continuación:

1. Estar en tratamiento intensificado con análogos de insulina, con al menos 4 dosis, correspondientes a 1 dosis basal y 3 dosis prandiales al día. (Registro de los últimos 3 meses).

2. Indicación de microdosis de insulina, entendidas como basales entre 0,025 y 0,3 UI por hora (equivalente a menos de 7,5 U al día de insulina basal), y dosis de bolos prandiales entre 0,025 y 2 UI.

3. Uso de 4 ó más controles de glicemia capilar diarias en el último mes, descargadas desde el glucómetro. En el caso de no ser posible se debe adjuntar registro del formulario anexo n°1.

4. Presentar en un mes, a lo menos 4 episodios semanales de hiperglicemia de 300 mg/dl o más, de causa no precisada, en los últimos 3 meses, descargadas desde el glucómetro. En el caso de no ser posible se debe adjuntar registro del formulario anexo n°1.

5. Control glicémico inapropiado, con valores de hemoglobina glicosilada (HbA 1c) mayor o igual a 8,0%. (Valor de la última hemoglobina glicosilada no más antigua a tres meses).

6. Presentar a lo menos 1 episodio de cetoacidosis o cetosis de causa no precisada, en el último año. (Certificado o epicrisis de hospitalización o atención de urgencia o registro de monitor de cetonemia o cetonuria).

Tratamiento convencional con mutidosis de inyecciones de insulina.

Subgrupo 2:
Personas con diagnóstico de Diabetes Tipo 1 que, a pesar de llevar un correcto tratamiento, no logran un control glicémico apropiado, y que han presentado episodios de hipoglicemias severas o inadvertidas.

Para acceder al beneficio, deben cumplir los criterios de los ítem 1 y 2 y a lo menos un criterio de los ítems 3 y 4, que se precisan a continuación:

1. Estar en tratamiento intensificado con análogos de insulina, con al menos 4 dosis, correspondientes a 1 dosis basal y 3 dosis prandiales al día. (Registro de los últimos 3 meses).

2. Uso de 4 o más controles de glicemia capilar diarias en el último mes,

descargadas desde el glucómetro. En el caso de no ser posible se debe adjuntar registro del formulario anexo n°1.

3. Presentar a lo menos 1 episodio de hipoglicemia severas o inadvertidas, en el último mes, observado en el examen de Monitoreo Continuo de Glicemia, el cual consiste en el monitoreo automatizado frecuente del nivel de glucosa presente en el tejido intersticial. Se realiza, mediante la inserción de un catéter subcutáneo conectado a un microcomputador que mide y reporta estos niveles (3).

4. Presentar a lo menos 1 episodio de hipoglicemia severa o inadvertida, en el último año, que haya requerido hospitalización o atención de urgencia. (Certificado o epicrisis de hospitalización o atención de urgencia).

Junto con los criterios antes mencionados, existen otros relacionados con el monitoreo y control que también son considerados de inclusión, cuyos antecedentes deben ser levantados durante la etapa de sospecha fundada. Para acceder al beneficio, deben cumplir todos los criterios que se precisan a continuación:

1. Competencia comprobada por parte del paciente o cuidador permanente en conceptos generales del cuidado de la diabetes.

2. Competencia comprobada por parte del paciente o cuidador permanente para el manejo del conteo de carbohidratos.

3. Ser capaces de llevar las tareas necesarias para el uso de este dispositivo en forma segura y efectiva, por parte del paciente o cuidador permanente.

4. Contar con motivación para alcanzar el óptimo control glicémico.

5. Estar dispuestos a mantener controles frecuentes con el equipo médico, tanto como sea necesario.

6. Estar dispuestos a usar el sensor por lo menos un 70% del tiempo. En menores de 6 años, en caso de infecciones, alergia y lesiones en la zona de punción del sensor, se aceptará un uso no menor al 50% de manera excepcional.

En el caso de que la persona tenga menos de 12 años, estos criterios deben evaluarse sólo en el cuidador permanente.

En el caso de que la persona tenga entre 12 y 18 años, estos criterios deben evaluarse tanto en el cuidador permanente como en la persona.

En el caso de que la persona tenga más de 18 años y no requiera de un cuidador permanente, estos criterios deben evaluarse sólo en la persona.

vadimgozhda / 123RF Foto de archivo

¿A QUÉ PRESTADOR APROBADO ACUDIR?

NOMBRE SERVICIO DE SALUD/SEREMI	NOMBRE ESTABLECIMIENTO	ADULTO	PEDIATRÍA
ANTOFAGASTA	Hospital Dr. Leonardo Guzmán (Antofagasta)	✓	✓
COQUIMBO	Hospital San Pablo, Coquimbo		
VIÑA DEL MAR QUILLOTA	Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar)	✓	✓
METROPOLITANO NORTE	Complejo Asistencial San José (Santiago, Independencia)	✓	
	Hospital Clínico de Niños Dr. Roberto del Río (Santiago, Independencia)		✓
METROPOLITANO OCCIDENTE	Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago)	✓	✓
METROPOLITANO ORIENTE	Hospital Salvador	✓	
	Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna (Santiago, Providencia)		✓
METROPOLITANO CENTRAL	Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago)	✓	✓
METROPOLITANO SUR	Hospital Dr. Exequiel González Cortés (Santiago, San Miguel)		✓
METROPOLITANO SURORIENTE	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto)	✓	✓
	Hospital La Florida		✓
SEREMI RM	H.Clinico Univ. Católica	✓	✓
SEREMI RM	Clínica Santa María	✓	✓
SEREMI RM	Clínica Las Condes	✓	✓
SEREMI RM	Clinica Alemana	✓	✓
SEREMI RM	Hospital Clinico Universidad de Chile	✓	
OHIGGINS	Hospital Regional Rancagua	✓	
	Hospital San Fernando	✓	
MAULE	Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca)	✓	✓
	Hospital Presidente Carlos Ibáñez del Campo (Linares)	✓	
ÑUBLE	Hospital Clínico Herminda Martín (Chillan)	✓	
CONCEPCION	Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción)	✓	✓
TALCAHUANO	Hospital Las Higueras (Talcahuano)	✓	✓
ARAUCANIA SUR	Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco)	✓	✓
VALDIVIA	Hospital Clínico Regional (Valdivia)	✓	✓
OSORNO	Hospital Base San José de Osorno	✓	✓
DEL RELONCAVI	Hospital Puerto Montt	✓	✓
MAGALLANES	Hospital Dr. Lautaro Navarro Avaria (Punta Arenas)	✓	

Más de 200 profesionales están trabajando en la red de atención para el tratamiento con Bombas de Insulina a través de la Ley Ricarte Soto.

MÉDICOS	NUTR	ENF	PS	TOTAL
88	41	44	33	206

De acuerdo con los datos del Ministerio de Salud, actualizados a agosto de 2018, la Ley Ricarte Soto ha pemitido entregar 577 bombas de insulina con sistema de monitoreo continuo. El beneficio de la Ley 20.850 ha llegado a pacientes de 11 regiones del país, constatando la ausencia de beneficiarios en las Regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá, Atacama y Aysén.

Para más información sobre el proceso de postulación al los beneficios de la Ley Ricarte Soto puedes revisar en el sitio web del Ministerio de Salud: https://www.minsal.cl/leyricarte/ o acercarte a nuestra Fundación.

DÍA MUNDIAL D

El miércoles 14 de noviembre, en la sede de Santiago se realizó una actividad de Conmemoración del Día Mundial de la Diabetes. Nuestros socios, todos con DM1 realizaron diversas presentaciones artísticas.

Destacamos y agradecemos la participación de los socios que se presentaron: cantante e instrumentista Paz Binimelis, concertista en piano Amanda Naranjo, cantante Valentina Ibáñez y la Banda 14/11, bailarinas Araceli Montanares y Paloma Jorquera. También, contamos con la participación especial de los cantantes Florencia Rivera e Ignacio Dequero y la rutina humorística de David Vidal.

E LA DIABETES

ACTIVIDADES +

BIENVENIDO A

En este día se realiza una jornada de bienvenida a nuestros nuevos socios y sus familias.
Se presenta el Equipo de Educación y se realizan talleres de nutrición y convivencia.

TU FUNDACIÓN

ACTIVIDADES +

SESIÓN F

En esta actividad se invita a familias y jóvenes recién diagnosticados a compartir un fin de semana fuera de Santiago. Ahí se realizan talleres prácticos, charlas con especialistas y comparten con otras familias la experiencia de vivir la diabetes en casa.

PIPE

SESIÓN F

FAMILIAR

ACTIVIDADES +

EDUCACIÓN

En 2018 el Equipo de Educación de la Fundación visitó la ciudad de Coquimbo para realizar actividades en colegios y en el Hospital Regional San Pablo de Coquimbo.

EDUCACIÓN

MUST

GAP

TALLER DE

En estos talleres se hacen participes a los abuelos de nuestros niños con DM1 para aprender las técnicas del tratamientos: insulinoterapia, autocontrol, alimentación y actividad física. Así estarán preparados cuando necesiten su ayuda.

Pedro fue almorzar a la casa de sus abuelos, tenían de almuerzo pastas y le sirvió lo indicado según su esquema de Hidratos de Carbono. Pedro quedó con mucha hambre ¿Qué otro alimento podría agregar que no impacte su glicemia?

TALLER D

Enseñamos nuevas recetas de preparaciones clásicas, en formatos sin azúcar añadida y en distintas otras variantes.

E COCINA

ACTIVIDADES +

CAMPA

Los campamentos de la Fundación son una instancia única en Chile, de recreación y educación para niños y jóvenes con Diabetes Tipo 1. Estas actividades se han realizado desde 1990 congregando a socios de todo el país y visitantes internacionales.

STAFF

STANFORD
UNIVERSITY

PIPE CU

Torneo de fútbol para socios con DM1 y estimularles en la práctica del deporte. Se realizó en Santiago y en Viña del Mar paralelamente.

SIGUENOS
EL TEMPLO

PIPE CUP 2018

RESPUESTAS

1. B. *La fruta por porción tiene 15 carbohidratos. Una manzana de 15 HdC debe ser pequeña, del tamaño de una pelota de tenis. Actualmente la fruta que encontramos en ferias o supermercado es grande, superando el tamaño y peso de la porción. Por lo tanto, una manzana de consumo habitual tiene 20 carbohidratos.*

2. D. *Las carnes no aportan Hidratos de carbono. Su principal aporte de nutriente es de proteínas.*

3. D. *Generalmente en los niños las colaciones son sin aporte de insulina. Si presenta una hiperglicemia y consume un alimento con carbohidratos seguirá elevando sus niveles de azúcar en sangre. Por lo tanto, en ese caso es recomendado consumir alimentos sin aporte de Hidratos de carbono.*

4. C. *Las lipodistrofias o lipo hipertrofias, corresponden a endurecimientos o inflamación del tejido subcutáneo, palpables y algunas veces visibles que se forman a partir de la inyección reiterada de insulina en un mismo sitio. Es un suceso completamente evitable si se realiza una correcta rotación del sitio de inyección de insulina.*

5. C. *El glucagón está indicado en episodios de hipoglicemia severa, ya que esta es una hormona que realiza todo lo contrario a la insulina, esta aumenta los niveles de azúcar en sangre, ya que ayuda a liberar la glucosa almacenada en el hígado hacia el torrente sanguíneo. Su uso no se asocia a un valor de glicemia, sino más bien, al estado de conciencia de la persona y su capacidad para tratar una hipoglicemia por sí mismo.*

6. C. *El ratio corresponde a la cantidad más precisa de insulina administrada por una cantidad de carbohidratos determinada para cada persona en los distintos tiempos de comida., este factor es calculado y ajustado por el médico tratante en base a las glicemias de cada persona.*

7. A. *La insulina activa, la intensidad del ejercicio y la alimentación, son factores que se deben considerar al momento planificar y hacer actividad física. El clima no posee un efecto directo en la glicemia, es un mito si han escuchado o leído algo que contradice esto.*

8. C. *De las alternativas presentes el único que tienen la posibilidad de ser hiperglicemiante es el tipo de ejercicio anaeróbico. Todas las demás opciones son Hipoglicemiantes por si solas.*

9. A. *Lo más importante al momento de hacer ejercicio es su correcta planificación y visualización de todos los factores que influyen en él. En esta área no es posible solo dar Tips, de esa manera no funciona siempre y se pierde de vista el panorama en general, mucho mejor es atreverse tomar decisiones y orientarse con la educación que tengan en sus manos.*

10. D. *Cuando un niño es diagnosticado con DM1, es común que toda la familia se vea afectada y que el foco de atención se dirija a aprender más sobre esta nueva condición, que inicialmente asusta y preocupa mucho. En ese contexto, es usual que los padres sientan que los hijos sin diabetes "no los necesitan tanto", por lo que priorizan destinar tiempo para asistir a distintos controles médicos, mostrándose más pendientes durante el día de las glicemias, el conteo de carbohidratos, los horarios y todas las tareas asociadas con la diabetes. Esto genera frecuentemente que los hermanos se sientan celosos o desplazados, al interpretar que sus padres ya no les prestan la misma atención, cuando realmente ellos los necesitan igual que antes de que el hermano/a fuese diagnosticado. En estos casos, es recomendable que los padres intenten equilibrar los momentos del día dedicados a cada hijo, distribuyendo responsabilidades para seguir ocupándose de cada uno y de la diabetes. Sabemos que esto es difícil de llevar a cabo, sobretodo el primer tiempo después del diagnóstico. Sin embargo, en la medida de lo posible, les sugerimos intentar pasar tiempo con cada uno de los hermanos haciendo algo que les guste o que sea de su interés, para que a pesar de los cambios que estén ocurriendo, continúen sintiendo que cuentan con espacios exclusivos para ellos. Al mismo tiempo, es fundamental explicarles lo que está ocurriendo para que no atribuyan sus propios significados a la experiencia, ya que especialmente los más pequeños pueden pensar que por el cambio de foco de atención, ellos ya no son tan importantes o queridos.*

11. C. *Luego del diagnóstico, es esperable sentir distintas emociones, que, en la mayoría de los casos, se viven como dolorosas o desagradables, como también es esperable sentirse desconcertados frente a esta situación. No hay que olvidar que estos sentimientos no ocurren únicamente en la persona que está recibiendo el diagnóstico, sino que también en los demás miembros de la familia. Es por esto, que resulta importante generar espacios de diálogo para hablar como familia y entre los padres sobre lo que está sucediendo y cómo se siente cada uno al respecto. Sugerimos poder compartir tiempo con cada uno de los integrantes de la familia, para así ir monitoreando cómo se siente cada uno desde su individualidad y poder apoyarlos en caso de ser necesario. Asimismo, es importante explicarles a los hermanos del recién diagnosticado, qué es la diabetes y filtrar la información que ellos (de acuerdo a sus edades y características) necesitan saber para seguir compartiendo con su hermano. Aunque muchos niños/adolescentes se muestran interesados en aprender sobre la diabetes para así cuidar a sus hermano/a, no es obligación de ellos hacerlo. Por lo tanto, es recomendable estimular que aprendan lo fundamental (por ej qué hacer en caso de que el hermano tenga una hipoglicemia), sin obligarlos a involucrarse en todos los aspectos del tratamiento. Por otro lado, cada familia escoge la manera de reorganizarse frente al diagnóstico y muchas veces deciden generar cambios en la alimentación. En este punto, es importante estar atentos a no forzar a los hermanos a alimentarse igual que el que tiene diabetes, ya que las necesidades de los niños son distintas. Respecto al azúcar, el equipo médico dará las indicaciones sobre su consumo, pero es recomendable no obligar a toda la familia a seguir las mismas pautas de alimentación.*

12. B. *Es común que como padres nos sintamos temerosos al otorgar permisos para una instancia así, más aún cuando vemos que a nuestro hijo/a le están costando algunas tareas del tratamiento. Sin embargo, no es recomendable negar o condicionar la posibilidad de participar en estas actividades sociales "por la diabetes", ya que esto suele generar rechazo hacia la condición, disminuyendo aún más la adherencia a tareas como medirse la glicemia o inyectarse la insulina. Lo importante frente a una situación como la descrita es aprender a negociar cómo resolverla, promoviendo que los hijos se involucren y entiendan porqué es importante medirse la glicemia y saber manejar el conteo de carbohidratos en las salidas con amigos. Por esto, sugerimos a los padres buscar que la relación con los hijos tenga canales de comunicación abiertos y respetuosos hacia ambas partes. Esto implica acoger la petición de salida de los hijos y definir cuáles son las condiciones para que obtengan el permiso (por ej: en relación con la diabetes, comprometerse a medirse y averiguar sobre la comida para aprender previamente sobre el conteo de carbohidratos y la insulina necesaria para eso; y, en relación a ser hijos adolescentes, cumplir con el horario de llegada que los padres estimen conveniente). Estas acciones son para favorecer que los jóvenes vayan desarrollándose en las distintas áreas de su vida, valorándose y cuidándose, a la vez que los padres se sienten cómodos y tranquilos acompañándolos en esto desde su rol.*

FUNDACIÓN DIABETES
JUVENIL DE CHILE

www.diabeteschile.cl

diabeteschile

diabeteschile