

diabetes CONTROL

REVISTA DE LA FUNDACION DIABETES JUVENIL DE CHILE

Nº 11 - ABRIL 1995

RAIMUNDO Y DIEGUITO
Compañeros en la diabetes

**CUANDO FALLAN
LAS GLICEMIAS**

**Se inicia programa
de detección precoz
de la diabetes**

¡Al Colegio!

**Misterios
de las hipoglicemias**

simplifíquese...



- **FACIL DE USAR**
- **COMODO**
- **RAPIDO**
- **SEGURO**



AUTOCONTROL

- ✓ En su hogar
- ✓ En su oficina
- ✓ En sus viajes
- ✓ Donde usted lo necesite

Kit Accutrend® GC



Kit Accutrend® mini



Kit Accutrend®

Kit Accutrend® GC

- Accutrend® GC Reflectómetro.
- Softclix® (incluye 25 lancetas).
- Accutrend® Colesterol con 25 tiras.
- Accutrend® Glucosa con 25 tiras.
- Estuche portable para el Kit.

Kit Accutrend® mini

- Accutrend® mini Reflectómetro.
- Softclix® (incluye 25 lancetas).
- Accutrend® Glucosa con 25 tiras.
- Estuche portable para el Kit.



BOEHRINGER MANNHEIM de Chile Ltda.

Los Tres Antonios 119
Ñuñoa - Santiago

Fono: 223 3737
Fax : 223 1141

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

Directorio

- César Velasco D.
Presidente
- Samuel Goldstein L.
Vice Presidente
- Carmen Cruchaga G.
Secretaria
- Eva R. Saxl
Teresa Nahmias
Alicia Marcó H.
Juan Eduardo Sánchez
Directores

"Diabetes Control" es una publicación de la Fundación Diabetes Juvenil de Chile. Los artículos pueden reproducirse consignando la fuente. N° 11, Abril 1995
Dirección: Metro Escuela Militar, Local 12, Teléfono 228 8646, Casilla 248, Correo 34, Las Condes, Santiago, Chile.

Director

César Velasco
Periodistas

- Viviana Rojas
- Katia Berdichewsky
- Lorena Giachino
- Médicos Colaboradores**

- Dr. Jaime Pérez C.
- Dr. Manuel García de los Ríos
- Dra. Iris Mella
- Dra. Odette Veit
- Dra. Gloria López

Nutricionista

Elena Carrasco

Columnista

Eva R. Saxl

Diseño y Producción

Bernardita Valdivieso

Fotografías

- Archivos FDJ
- Juan Pablo Lira B.
- Gerardo Combeau

Ilustraciones

Ricardo Alvarez

Impresión

Editorial Antártica

Portada

Raimundo Alliende y su hijo Diego



Con el niño en el colegio hay que tomar ciertas precauciones.



Ahora es posible saber si los familiares directos enfrentan una probable diabetes.



Conozca y disfrute la gran variedad de pescados y mariscos chilenos.



Mucha diversión hubo este verano en Cau-Cau.

PALABRAS DEL DIRECTOR 3

UNA "UNION" ESPECIAL 4
Padre e hijo diabéticos desarrollan un compañerismo a toda prueba.

HIPOGLICEMIAS SIN AVISO 9
Cuando se pierde la capacidad de reconocer sus síntomas y cómo revertir este problema.

LA DIABETES AL COLEGIO 12
Una buena comunicación entre padres y profesores facilitará el cuidado de la diabetes en los escolares.

DIABETES Y AMISTAD 17
Para Miguel Chamorro su diabetes significó "un millón de amigos"

MONITORES DE GLICEMIA 18
Qué hacer cuando los resultados de su monitor no concuerdan con los del laboratorio.

COMENTARIO DE EVA SAXL 21

UNA DIETA MARINA 22
Chile, un país privilegiado.

DIABETES AL DIA 26
Las glicemias sin pinchazos, con monitores de rayos infrarrojos, no han superado aún los inconvenientes tecnológicos.

DETECCION PRECOZ 29
Se inicia programa para pesquisar prediabéticos entre parientes de primer grado de insulino-dependientes.

PAGINA DEL LECTOR 31
Inauguramos una sección dedicada a todos los lectores del país. Envían sus consultas, inquietudes y reflexiones para compartirlas.

ACTIVIDADES DE LA FUNDACION 33
Campamentos y regiones.

PARA EL DIAGNOSTICO, EL AUTOCONTROL Y LA TERAPIA DE LA DIABETES

Farmacias BRAND

LAS FARMACIAS DEL MEJOR PRECIO
LA MEJOR ATENCION, EL MEJOR SURTIDO, EL MEJOR SERVICIO

PONE A DISPOSICION DE SUS CLIENTES

CENTROS DEL DIABETICO

SOLO EN LOS LOCALES
DE FARMACIAS BRAND
CON PERSONAL
CAPACITADO ESPECIALMENTE
PARA ATENDER
TODAS SUS CONSULTAS



CON LA MAS COMPLETA LINEA DE
PRODUCTOS, EQUIPOS Y ACCESORIOS

**Promociones
especiales
para
Diabéticos**

- NORMOGLICEMIANTES
- INSULINAS
- JERINGAS
- SACARINAS
- LANCETAS, ETC.

FARMACIAS BRAND ¡LAS FARMACIAS DEL MEJOR PRECIO!
DESDE LA SERENA HASTA PUERTO MONTT

UNA DIFÍCIL DECISION



En los próximos meses se iniciará un programa de detección precoz de la diabetes entre parientes de primer grado, hijos, hermanos o padres de diabéticos juveniles. Mediante un examen de sangre y otros complementarios, se podrá saber

con bastante precisión, si la persona se encuentra en una prediabetes. Si éste es el caso, se le propondrá un tratamiento con pastillas de nicotinamida, que hasta el momento, en otros países, ha dado buen resultado para detener el avance o por lo menos postergar la aparición de la diabetes.

Es decir, todo lo que nuestra revista publicó al respecto en julio del año pasado, y que parecía algo tan remoto, ahora lo tenemos aquí en casa y además gratuito porque está financiado por Fondecyt.

¿Y usted, qué piensa hacer al respecto?

Seguramente le acometerán las mismas dudas que tenemos mi señora y yo, padres de un joven diabético de 13 años. ¿Y si el examen de alguno de sus hermanos sale positivo? ¿para qué saberlo si de todas maneras le va a dar diabetes?. Lo único que lograremos será

estar estresados todos estos años sin lograr evitarlo.

Y aquí está el "quid" del asunto. Si hemos estado publicando todos estos avances serios, bien documentados, aceptados por la comunidad científica internacional, tenemos que creer en la ciencia y ésta nos dice que hoy día hay métodos confiables que nos predicen una probable diabetes con más de un 90% de certeza. Y si también la misma ciencia nos demuestra con hechos empíricos, que con nicotinamida se puede detener o postergar una posible diabetes, tenemos que estudiar detenidamente los hechos, conversando en familia y con el médico para tomar alguna decisión. Después de todo, lo que hagamos al respecto puede afectar a nuestros seres queridos.

A título personal, con mi mujer hemos acordado hacerle el examen a nuestros hijos y aceptar el veredicto y el tratamiento si es que alguno sale positivo. Y el motivo de esta decisión, es que son niños y somos entonces sus padres, los que tenemos que decidir por ellos. Y nosotros creemos en el proyecto.

Pero reconozco que la decisión no ha sido fácil y no todo el mundo tiene por qué creer o aceptar lo que todavía está en una etapa experimental.

Hacer o no hacer el examen es una decisión muy personal y no hay ninguna ley moral que nos obligue, pero lo que es inexcusable es no analizar seriamente el proyecto para después tomar una decisión, cualquiera que sea, en forma responsable.

César Velasco Donoso
Presidente



PADRE E HIJO

COMPANEROS EN LA DIABETES



El amor y cariño que siente Raimundo por Dieguito, unido a su experiencia, le han servido para ayudar al pequeño, de cuatro años, a enfrentar los pinchazos y las glicemias, así como también a crear una complicidad que los une en las buenas y las malas.

Son amigos, compañeros en las buenas y en las malas, además, son padre e hijo. Y como si fuera poco, no sólo ésto los une, sino que ambos tienen diabetes.

Raimundo Allende Zañartu es el papá. Abogado, de 36 años, se le diagnosticó a los 13 años, en una época en que, según asegura, se sabía mucho menos de este mal que lo que hoy se conoce.

Dieguito es el menor, de cuatro años, quien manifestó la diabetes en mayo del '94, y que a pesar de llevarla por tan poco tiempo, de ser tan pequeño, es capaz de entender que no puede comer todo lo que quiere y que debe pincharse a diario.

Contrario de lo que pudiera pensarse, ya que la habían experimentado en carne propia, la diabetes del niño no ha sido nada fácil para Raimundo y Verónica Pérez,

la mamá. Aunque la pareja ya sabía de pinchazos, las glicemias y comida diabética, aceptar que su hijo tendría que mantener los mismos cuidados de por vida, les costó bastante.

«Se sufre -cuenta Raimundo- igual que si nunca hubiéramos sabido de la diabetes. Se siente impotencia y rabia porque uno no ha hecho nada para merecerla. Lo bueno es que como ya hemos pasado por ésto, tratamos de evitarle malas experiencias al niño y aprender de los errores».

«De todas maneras-cuenta Verónica- cuando uno se entera que un hijo tiene diabetes, es un golpe muy fuerte que cuesta mucho asumir. La diabetes de mi marido ha sido muy pareja, una vida totalmente normal. Cuando supe que Diego también la tenía, pensé que iba a ser igual a la de Raimundo y sólo quería que el niño lo asumiera como algo normal. Al mes estaba al borde del suicidio... porque era mucho más incontrolable. Yo no me atrevía ni siquiera a salir a la esquina».

Se acabaron entonces, las salidas a comer y tuvieron que adaptarse a una vida más hogareña, junto al resto de la familia: Verónica de ocho años y Raimundo de seis.

EL «SEXTO SENTIDO»

La detección de la diabetes de Dieguito se debió, sin duda, al «sexto sentido» femenino. Verónica, preocupada de que los niños pudieran heredar la condición del papá, estaba siempre alerta, y así un día, después de un fuerte resfrío de Diego, comenzó el presentimiento. Cuenta la mamá: «el niño se hacía pipí en las noches, lo que no era común y tenía un fuerte olor a acetona. A pesar de que las glicemias resultaban normales y que los pediatras nos decían que todo esta-

ba bien, yo seguía intranquila».

Debido a la fuerte insistencia de Verónica, llevaron a Diego -ya con fuertes dolores de cabeza y vómitos- a un diabetólogo, quién le inyectó insulina y lo salvó del coma.

Si bien la palabra diabetes no era en absoluto desconocida para los Allende, esta vez se presentó con características totalmente nuevas. «Diego fue desde el principio -dice el papá- muy inestable. Tuvo hipoglicemias severas y hasta terminó en el hospital con convulsiones, lo que nosotros no habíamos visto antes».

De ahí que después de consultar varios médicos y por expresa sugerencia de ellos, decidieron in-





ternarlo en una clínica y hacerle exámenes, con el fin de poder controlar la diabetes. Después de una semana se llegó a la conclusión de que, si bien se mantendrían las dosis, se distribuirían en cuatro inyecciones y no en tres como se hacía hasta el momento.

El cambio produjo tranquilidad en Raimundo y Verónica, quienes observaron con alegría como su hijo mantenía sus glicemias relativamente estables, aunque no tanto como las de su papá.

CONTEMOSELO A TODOS...

Para ayudar a que Diego asumiera su diabetes de la forma más normal posible, Raimundo optó por tratar el tema «con toda la naturalidad del mundo», contándole al resto de la familia, a los amigos y compañeros de colegio, para así evitar que se transformara en un tema tabú, como lo fue para el papá en sus comienzos.

Incluso Verónica, consciente de que el niño tal vez no entendía, se dedicó a repetirle una y otra vez que tenía una enfermedad llamada diabetes y que debía cuidarse, que no podía comer azúcar, pero sí papas fritas, hamburguesas y bebidas diet, entre muchas otras cosas ricas.

Y en menos de un año, Dieguito ha sido capaz de darle satisfacciones grandes a los papás en este sentido, como cuando habla de su «diabetes». También se ha rebelado en momentos de cansancio, gritando abiertamente que «ya no tiene más diabetes».

COMPINCHES

Pero lo que ha resultado más positivo dentro de la condición de Diego es la relación que ha establecido con su papá, debido a la diabetes de ambos.

«Dieguito -cuenta Verónica- se siente súper unido al papá y más



importante que sus hermanos, lo que le ha servido en gran medida para enfrentar los pinchazos y las glicemias que se repiten cuatro veces al día».

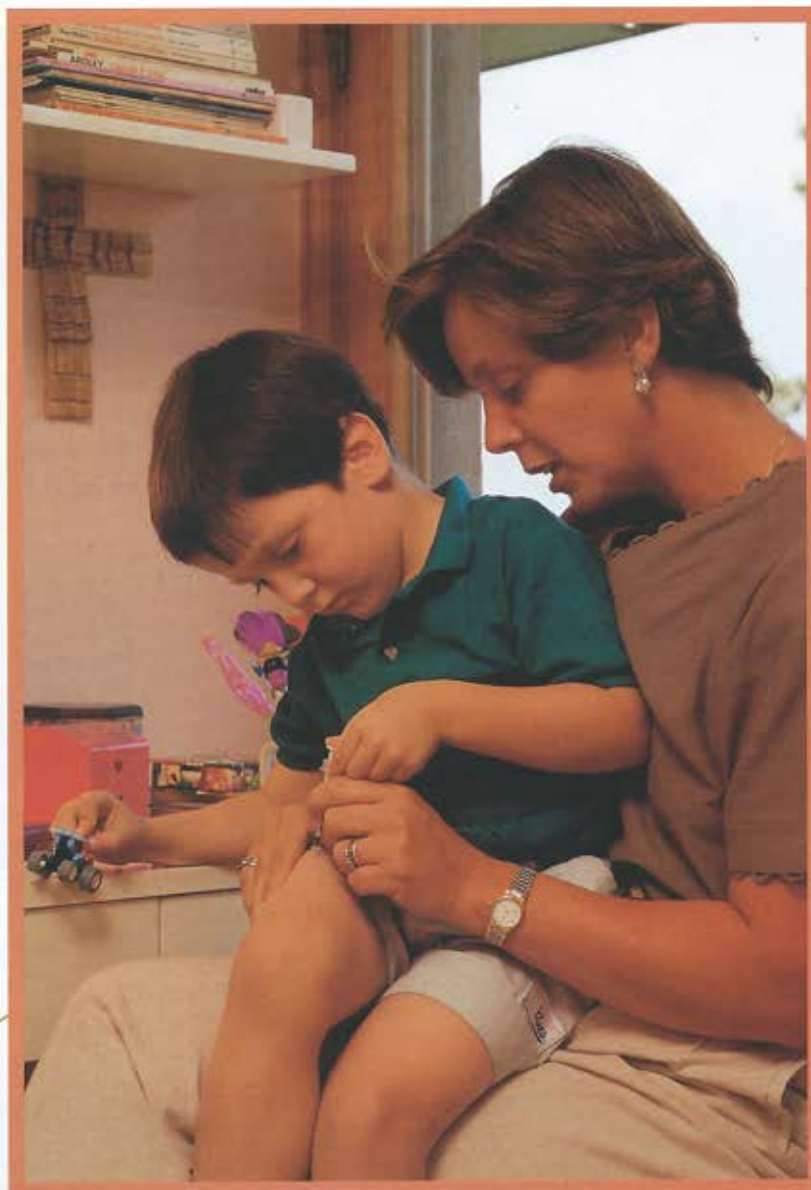
Raimundo, como una manera de hacer más natural las inyecciones, idea un sinfín de estrategias, como hacer competencias para ver quién termina primero y hasta dejarse pinchar «en cierta zona», por el pequeño de cuatro años que lo toma como un juego.

«El hecho de ver que es parecido a mí, señala Raimundo, ha hecho que tome su diabetes como algo más natural. Está acostumbrado a ver cómo yo me pincho dos o tres veces al día y que cuido mi alimentación. Incluso, es capaz de decir que es diabético y que no puede comer los dulces que quisiera».

Pero la comida es uno de los aspectos difíciles de controlar, en un niño que tiende a sentirse atraído por las golosinas y chocolates. Para contrarrestar esta tendencia natural, Verónica le mezcla en la colación que lleva al jardín, alimentos más apropiados como yogures y frutas. «Lo complicado es evitar que se coma la comida de sus compañeros. Ya dos veces lo han sorprendido bajo la mesa intercambiando su colación...», y lo que no ha pasado de ser una anécdota infantil, sí preocupa a la mamá cuando se trata de asistir a los cumpleaños.


Luego de dos experiencias en que Diego llegó con hiperglicemia, Verónica dejó de llevarlo a los cumpleaños del jardín, a pesar de las protestas de Raimundo, quien considera que el desarrollo psicológico del niño es vital sobre todo en esta etapa.

«La razón es muy simple, dice Verónica. En un lugar donde está lleno de niños corriendo por todas



partes, no se puede exigir que estén todo el tiempo preocupados de Diego, vigilando todo lo que come. Por eso decidí no llevarlo más». A cambio, optó por mandarlo a los cumpleaños de amigos y familiares, los que, por el hecho de conocerlo mejor, tienden a cuidarlo más. Incluso, en la casa de su vecino -donde es asiduo visitante- las sorpresas que se reparten en los cumpleaños son todas iguales menos una: la de

Diego cuyo contenido es íntegramente diet.

Mucha esperanza y fe unen a la familia Allende. Esperanza en que pronto pueda encontrarse una cura a este mal que afecta al padre y al hijo y fe en que su hijo crecerá feliz, sin inseguridades y que asumirá su condición con madurez y responsabilidad, para poder disfrutar de una vida tan normal como la que ha llevado su padre. 

SE ACLARAN SUS MISTERIOS

LAS HIPOGLICEMIAS

Investigadores tratan de averiguar por qué algunas personas pierden la capacidad de sentir los avisos de una hipoglicemia y si esta anomalía puede ser revertida.

LOS SINTOMAS Y LA FALTA DE ELLOS

Tradicionalmente a la gente con diabetes se le ha enseñado cómo identificar los clásicos síntomas de una baja en el nivel de azúcar. Esto incluye temblores, palpitaciones, transpiración, todo lo cual ocurre mientras el sistema nervioso se activa para poder salir de esta situación. Sin embargo, si el nivel de azúcar cae demasiado bajo, el cerebro comienza a sentirse «hambriento» de glucosa, causando además otros síntomas como confusión, irritabilidad, letargo y descoordinación. Si la baja no se trata a tiempo, puede derivar en una hipoglicemia severa con convulsiones.

Por años los investigadores han sabido que algunas personas con diabetes son mucho más proclives a la hipoglicemia que otras. En efecto, algunas personas pierden la capacidad de reconocer los clásicos síntomas de la hipoglicemia, cayendo en

la confusión e incluso en la inconsciencia sin ningún aviso. Sólo recientemente, los científicos han venido a entender las defensas naturales del cuerpo contra la hipoglicemia y como ellas pueden verse debilitadas en personas con diabetes.

DEBILITANDO LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO

En personas no diabéticas, el or-

ganismo
constante-

mente está balanceando la glucosa producida por el hígado, respecto de la glucosa utilizada por los tejidos del cuerpo. Una compleja serie de mecanismos mantiene los niveles de azúcar en un rango normal, comenzando con una reducción en la secreción de insulina. La insulina es secretada por las células beta del páncreas, que constantemente miden el nivel de glucosa en la sangre.



Si los niveles de azúcar en la sangre caen demasiado bajo, las células beta responden secretando menos insulina, lo cual a su vez permite que el nivel de azúcar en la sangre se eleve nuevamente.

Cuando los cambios en la secreción de insulina fallan en restablecer el nivel normal de azúcar, se liberan entonces hormonas contrarreguladoras. Primero las células alfa del páncreas, secretan la hormona llamada glucagón, que trabaja contra la acción de la insulina y eleva el azúcar en la sangre. El glucagón le indica al hígado que debe producir más glucosa y secretarla dentro del torrente sanguíneo.

Si el glucagón falla en hacer su trabajo, las glándulas que producen la adrenalina secretan otra hormona contrarreguladora, llamada epinefrina. Como el glucagón, la epinefrina le indica al hígado convertir más de su glicógeno que tiene almacenado en glucosa y secretarlo. Junto con ayudar a elevar el nivel de azúcar en la sangre, produce la transpiración, el hormigueo y eleva el pulso, señalando el comienzo de una hipoglicemia. El cuerpo tiene otras hormonas y mecanismos para restablecer gradualmente los niveles de azúcar en la sangre, pero ellos solos no pueden prevenir una hipoglicemia severa.

«Personas que han tenido diabetes insulino-dependiente por cinco a diez años, tienen tres factores en contra. Por un lado, la aparición de la insulina en la sangre ya no es más regulada. No tienen respuesta de glucagón a la baja del nivel de azúcar y además se les ha reducido su capacidad de respuesta de epinefrina. En ese escenario hay una frecuencia mucho mayor de hipoglicemias», explica Philip E. Cryer, M.D., director de la división de endocrinología, diabetes y metabolismo de la Escuela de Medicina en la Universidad de Was-

hington, en Saint Louis. Este síndrome que ha sido llamado «contrarregulación defectuosa de la glucosa», hace que una persona tenga 25 veces más riesgo que otro diabético, a experimentar severas hipoglicemias durante la terapia insulínica intensificada.

Una condición relacionada que ocurre a menudo en personas con una contrarregulación defectuosa de la glucosa, es la «hipoglicemia sin aviso». No sienten los síntomas comunes de la hipoglicemia como el sudor, temblores, palpitaciones o visión borrosa y pueden confundirse y perder el conocimiento sin aviso. Desde el momento que ellos generalmente no se dan cuenta que su nivel de azúcar está cayendo, son menos propensos a tratar esta hipoglicemia consumiendo carbohidratos adicionales.

HIPOGLICEMIAS GENERAN HIPOGLICEMIAS

Sólo recientemente el Dr. Cryer teorizó que la hipoglicemia en sí misma, puede producir hipoglicemia sin aviso y aumento en su frecuencia, en un círculo vicioso. Para probar esta hipótesis, él y sus colegas estudiaron los efectos de una hipoglicemia ocurrida en la tarde, en los síntomas de una hipoglicemia a la mañana siguiente, en personas con y sin diabetes. En ambos

grupos, las personas que tuvieron hipoglicemia el día anterior, sintieron menos los avisos de una baja, comparado con los que no habían sufrido la hipoglicemia de la tarde.

También probaron el efecto de la hipoglicemia de la tarde, en las respuestas hormonales a la hipoglicemia de la mañana siguiente. «En personas no diabéticas, nosotros también encontramos que la respuesta hormonal en la hipoglicemia de la mañana, se ve reducida después de haber tenido un episodio de hipoglicemia la tarde anterior. Estas respuestas ya se encuentran reducidas en personas con diabetes insulino-dependiente, pero los episodios con hipoglicemia la



hacen reducirse más aún», dice el Dr. Cryer.

Nadie sabe realmente, cómo la hipoglicemia origina estos cambios en la liberación de hormonas contrarreguladoras. Algunos, como el Dr. Robert Sherwin, director del centro de investigaciones en diabetes y endocrinología de la escuela de Medicina de la Universidad de Yale, cree que esto puede deberse en parte a la adaptación del cerebro a bajos niveles de azúcar en la sangre. Cuando el nivel cae, el cerebro puede comenzar a utilizar un mayor porcentaje de la glucosa disponible y así funcionar normalmente aún con bajos niveles de azúcar en la sangre. Debido a esta adaptación, el cerebro puede no enviar el aviso para que se liberen las hormonas contrarreguladoras hasta que el nivel de azúcar en la sangre esté aún más bajo que antes.

«¿Un nivel de hipoglicemia significa lo mismo para cualquier persona? Puede ser que el

cerebro se adapte, por lo menos hasta cierto punto, a las hipoglicemias repetidas», especula el doctor.

REVIRTIENDO LA FALTA DE AVISO EN LAS HIPOGLICEMIAS

Afortunadamente, las hipoglicemias sin aviso aparentemente pueden ser revertidas. El Dr. Carmine G. Fanelli y sus colegas en Italia, tomaron pacientes diabéticos que tenían registradas hipoglicemias sin aviso, e intentaron vigorosamente evitar las hipoglicemias durante tres meses. «Lo que ellos encontraron fue, que después de dos semanas cuando se les hizo el chequeo, los pacientes tenían ahora las mismas respuestas que las personas que no tenían diabetes y cuando los midieron nuevamente, a los tres meses, todavía seguía idéntica la respuesta a las hipoglicemias, tanto de los diabéticos insulino-dependientes como los no diabéticos», informa el Dr. Cryer.

El Dr. Cryer y sus colegas hicieron similares experiencias pero midieron los síntomas a los tres días, a las tres a cuatro semanas y a los tres meses. Encontraron ya alguna mejoría después de sólo tres días, y a las cuatro semanas y tres meses, sus niveles de síntomas serán también similares a los individuos no diabéticos, confirmando los resultados del Dr. Fanelli.

¿El evitar escrupulosamente las hipoglicemias, podría mejorar la contrarregulación defectuosa de la gluco-

sa? Aquí es donde está el debate, de acuerdo con el Dr. Cryer. «El Dr. Fanelli y sus colegas informaron que las respuestas de epinefrina habían mejorado cuando sus pacientes evitaron las hipoglicemias. Y tal vez había una pequeña respuesta de glucagón, a pesar de que ella fue claramente insuficiente. Nosotros no encontramos eso».

Sin embargo, mejorando la falta de aviso en las hipoglicemias se puede ayudar a reducir las frecuencias de las hipoglicemias severas. Los estudios han demostrado que las personas que no sienten los síntomas de las hipoglicemias, tienen una más alta frecuencia de hipoglicemias severas. «Se deduce lógicamente, que si se revierte la falta de aviso, habrán menos hipoglicemias severas. Pero esto no ha sido probado sistemáticamente», explica el Dr. Cryer.

Ultimamente, se ha estudiado mucho acerca de cómo el páncreas, el hígado y varias hormonas funcionan para estabilizar los niveles de azúcar en la sangre, pero todavía queda mucho por aprender. «Lo que estamos viendo, en este momento, dice el Dr. Sherwin, es tratar de determinar qué áreas del cerebro están midiendo la glucosa. ¿Dónde está el sensor de la glucosa?. Y esperamos que al conocer su ubicación se pueda determinar cómo la diabetes y su tratamiento lo pueden afectar».

De acuerdo con el Dr. Stephen Davis, de la Escuela de Medicina de U. Vanderbilt, «Si podemos encontrar el mecanismo que está evitando la respuesta del cerebro, y si ese mecanismo puede ser bloqueado, lo que creo posible, entonces los pacientes diabéticos serán capaces de disfrutar de todos los beneficios de un riguroso control metabólico sin ninguna de las inconveniencias de las hipoglicemias severas».

Countdown, winter 95





DIABETES AL COLEGIO

El mes de marzo implica para los escolares muchas energías y preocupaciones. Los niños insulino-dependientes deberán, además, echar la diabetes en el bolsón que los acompañará en cada jornada. De esta forma, existen ciertas consideraciones que sus padres no deben dejar pasar. Hay que tomar en cuenta que, los niños viven gran parte del día en el colegio y ésta será también una oportunidad para aprender solos a controlar su diabetes.

Cuando en el verano del '93 los padres de Paula Escobar supieron que su hija tenía diabetes, uno de los primeros cambios que tuvieron que llevar a cabo se presentó a la hora de ir al colegio. Paula entraba ese año a primero básico así que sus papás decidieron hablar con el profesor jefe, al que le presentaron un manual que explicaba básicamente la enfermedad. También hablaron con los profesores que le harían clases ese año. Todo esto con el fin de que Paula tuviera un trato normal durante sus jornadas en el colegio.

Para adecuar las colaciones de la mañana, averiguaron los horarios de recreo y con ellos se acercaron a la nutricionista. En cada recreo Paula haría una merienda y cuando tocara clases de gimnasia comería algo más contundente. La idea era que la niña no tuviera que interrumpir una clase para comer colación.

Otro aspecto en el que hicieron hincapié los papás, fue el de exponer el problema al resto de los apoderados cuando les tocó reunirse con ellos para que, por ejemplo, las otras mamás no se complicaran cuando tuvieran que invitar a Paula a un cumpleaños. Finalmente lo único que no puede comer, en el colegio o en cualquier otro lugar, son alimentos con azúcar. De todas maneras, para informar mejor al resto de la comunidad escolar, los papás de Paula llevaron al colegio un poster de las hipoglicemias y repartieron fotocopias de éste a sus profesores.

En una primera etapa, para evitar hipoglicemias inesperadas, se mantuvo a Paula con niveles de glucosa levemente más altos que los normales, pero este último año ya se arriesgaron a inyectar insulina rápida si presentaba glicemias muy elevadas.

En este sentido, es importante destacar a los padres y profesores, que un diabético bien controlado presenta frecuentes episodios de hipoglicemias leves, que son normales y lógicos si se mantiene un óptimo autocontrol.

Se podría decir que Paula lleva hoy una vida perfectamente normal, incluso el año pasado comenzó con sus clases de natación.

Para los padres de Nicolás Lemus, de 13 años, el asunto fue algo distinto porque la diabetes se presentó en la mitad del año escolar. Mientras Nicolás permanecía en el hospital sus papás mandaron una carta al director del colegio y se reunieron con la profesora jefe. Ella se encargó de explicar la situación en el consejo de profesores y organizó a los niños para que dieran a su compañero un trato normal. Las clases en la tarde implicaron una ventaja este año, ya que Nicolás se preocupó sólo de su colación de las cuatro.

Por las dudas, la profesora guarda azúcar en el armario de la sala y todos los compañeros saben que Nicolás sólo puede tomar bebidas diet.

Sin duda que para un profesor que escasamente sabe del tema, no es fácil aceptar la situación ni saber a ciencia cierta qué actitud tomar.

Para Elsa Campos, la «profe» de Nicolás, en un primer momento fue terrible saber que uno de sus alumnos era insulino-dependiente. En el minuto en que él mismo se lo dijo por teléfono desde el hospital, ella pensó que en adelante Nicolás tendría prohibido todo aquello con lo que disfrutaban los niños: el deporte, los caramelos, los juegos y particularmente la pasión que el niño sentía siempre por el fútbol.

La propia voluntad de la profesora, la ayuda de Nicolás y la cooperación de sus compañeros, simplificaron el asunto hasta que ya casi no existió problema alguno. Había que pensar con la cabeza bien fría ante la posibilidad de una descompensación, así que Nicolás comenzó a sentarse adelante para tenerlo a la vista y, desde un comienzo, todos estuvieron preocupado de él. Para todos quedó entonces muy claro que Nicolás reci-



biría un trato especial como persona, pero no como alumno.

Un inconveniente se presentó para Nicolás en el colegio cuando, al principio, el profesor de gimnasia quería que el alumno fuera eximido de su clase, porque pensó que no podría cargar con tanta responsabilidad. Pero las ganas de Nicolás pudieron más. Todos se convirtieron en sus hinchas la primera vez que jugó fútbol como insulino-dependiente.

UN ALUMNO COMO TODOS

A pesar de tratarse de una enfermedad con un determinado tratamiento que estará presente durante toda la vida, la diabetes posee ciertas particularidades que permiten desarrollar una vida en perfecta normalidad y en todos los ámbitos.

Una vez que el niño ha sido diagnosticado, ya no quiere parecer diferente, comer colaciones especiales y sentir un trato preferencial con respecto de sus compañeros. Es bueno que los padres

hablen con él sobre los ajustes que habrán de implementarse, lo que va a comer en el colegio y cómo va a encajar en los menús, las colaciones y sus cantidades durante la jornada escolar. En este sentido, el niño tendrá que aprender cuándo y cuánto es suficiente.

A medida que el período escolar avanza y el niño logra un mayor manejo de su organismo, se puede ver la factibilidad de que el alumno hable sobre la diabetes en clases. Así es posible dejar en claro que ellos saben controlar su enfermedad y que no siempre están de la mano de sus padres.

El niño insulino-dependiente necesita integrarse en otros aspectos de la vida, sin recibir el trato de un enfermo y compartir con otros diabéticos, ya que lo más probable es que en su colegio sea el único. Para ello cuenta con la gran alternativa de acercarse a la Fundación de Diabetes y reunirse con gente de su edad que también tiene diabetes, para que juntos se integren a actividades organizadas pensando

en ellos. Esto es sumamente importante a la hora de mejorar la autoestima del niño, en tanto comprende que no está solo y que es

posible compartir como lo haría con sus amigos del barrio o con los compañeros de curso.

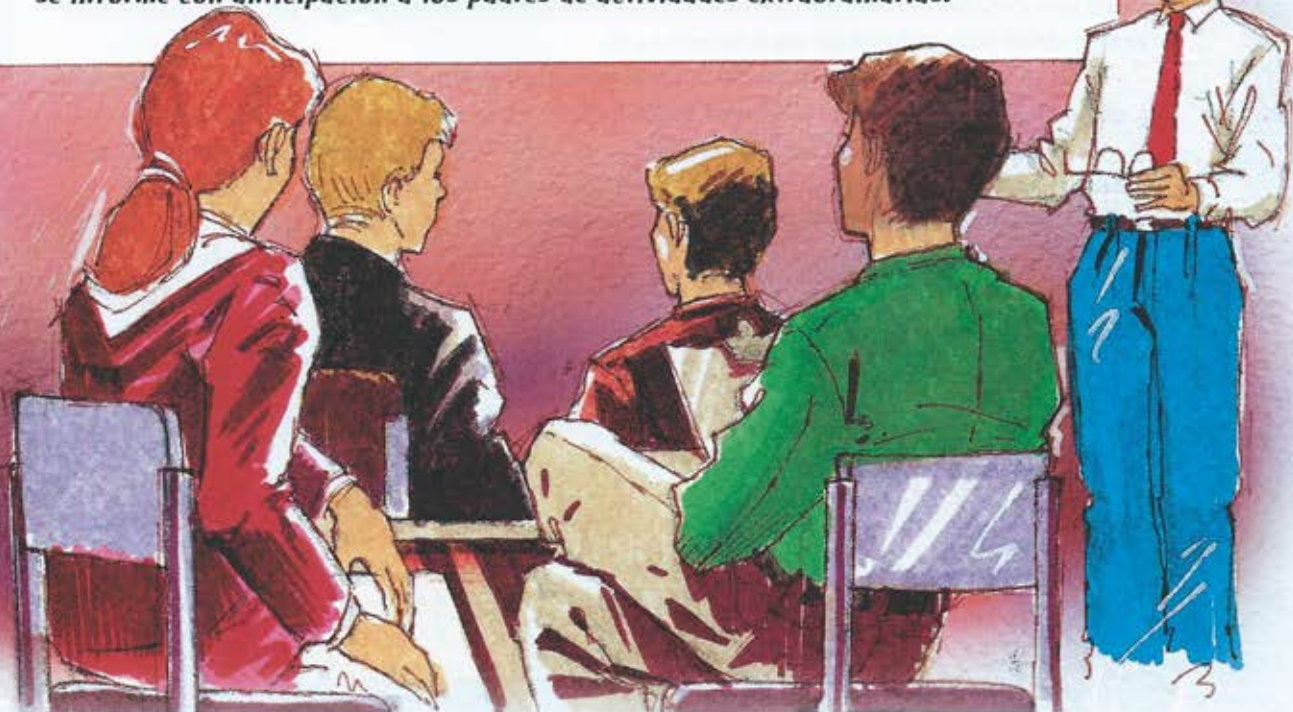
Finalmente, es importante te-

ner en cuenta que la imagen que el propio niño diabético muestra con su comportamiento, es la que tendrán sus compañeros y profesores con respec-

to de la diabetes. Si mantiene un óptimo control, participa en las actividades del colegio y no utiliza su condición como excusa para faltar a los deberes escolares, será percibido como un niño normal cuya diabetes es un problema como cualquier otro, perfectamente superable.

A SUS PROFESORES

- *Sus profesores deben saber básicamente en qué consiste la diabetes.*
- *Es necesario que todos sus profesores conozcan los signos de una reacción de insulina y cómo tratarla, entendiendo que se trata de reacciones atemporales.*
- *Ante una eventual descompensación los niños necesitan un tiempo para recuperarse. Esto es importante si en ese momento, por ejemplo, están rindiendo un examen.*
- *Se les debe permitir ir al baño y comer a deshora.*
- *El profesor debe saber que comer no es una elección arbitraria, sino que forma parte de un horario estricto y predeterminado.*
- *Si se está en presencia de una hipoglicemia fuerte, se debe avisar a los padres, y estar informados de dónde llevarlo en caso de una emergencia. Sin embargo, sus profesores deben saber que un niño bien controlado presenta frecuentes bajas leves.*
- *Los niños no deben recibir por ningún motivo un trato preferencial en el orden académico. La diabetes no es una excusa para ser mal alumno.*
- *El profesor de Educación Física tiene que entender cómo los ejercicios afectan los niveles de glucosa en la sangre.*
- *En condiciones normales, el niño no tiene ningún impedimento para hacer deportes. Su colación puede ser más contundente antes de la clase de gimnasia.*
- *Sus profesores deben mantener azúcar al alcance e informar al resto de los niños la situación de su compañero, aclarando que no se trata de una persona impedida.*
- *Si los niños son más bien pequeños, necesitará que el profesor se preocupe más de ellos, de sus horarios, síntomas y colaciones. También será necesario que se informe con anticipación a los padres de actividades extraordinarias.*



A LOS PAPAS

- Los padres deben comunicar el problema lo antes posible.
- Informar al profesor Jefe y al Director del Colegio y asumir que pueden no conocer el tema. Es necesario aclarar desde un principio que la enfermedad no es contagiosa y dar a entender que es seria, pero manejable.
- Una buena idea para introducir a los profesores en la diabetes, de una manera sencilla y didáctica, es prestarles el «Pipe»¹⁾.
- Mencionar las dificultades que pueden presentarse: fatigas, necesidad de salir de clases, colación extra, y otras.
- Sería positivo hacer llegar al colegio del niño el afiche con los síntomas de la hipoglicemia para mantener a la vista en la enfermería o en la sala de profesores, pero por ningún motivo ponerlo en los patios de recreo o dentro de la sala de clases. También se pueden repartir fotocopias reducidas del mismo cuadro a los profesores (aparece en el «Pipe»).
- Es importante señalar que la diabetes y su tratamiento son de por vida así que lo mejor es no sobrevalorar ese aspecto. No sería conveniente tener a los profesores llamando constantemente a los padres eante cualquier eventualidad. También sería nefasto que en el mismo colegio se decida que el niño está enfermo y se le prive de alguna actividad extra curricular.
- Coordinar las colaciones de acuerdo con el horario del curso. Los padres pueden averiguar el horario de cada jornada y con él acercarse a la nutricionista para que les provea de un plan.
- Si el niño almuerza en el colegio puede hacerlo normalmente junto con sus compañeros. Es posible que un 90% de las comidas estén permitidas dentro de su régimen general. Los padres pueden averiguar el menú de cada semana para trabajar un plan de dieta con la nutricionista.
- Los padres deben permitir que su hijo participe en todas las conversaciones y en la toma de alguna decisión. Mientras más involucrado esté el niño, mejor; porque no siempre va a estar acompañado para solucionar un inconveniente.
- Es importante que desde un principio el niño sepa explicar de qué se trata su enfermedad y cómo se conduce con ella. Esto será positivo para las próximas etapas de su vida.
- Al hablar de inyecciones y de máquinas de autocontrol sería conveniente mostrarlas al profesor para que dejen de ser aparatos ajenos y complicados para él.
- No es bueno transformar al niño en el centro de la casa ni del colegio.

1) "Pipe te enseña a vivir con diabetes",
Manual ilustrado FDI de Chile, 1994

MIS AMIGOS Y LA DIABETES

Miguel Chamorro,
Valparaíso

uando me diagnosticaron la diabetes tenía 14 años, justo en un período de cambios, donde comienzan las salidas a fiestas y te llenas de amigos.

En un principio yo me preguntaba cómo reaccionarían mis amigos con los que comparto a diario; no sabía si sería tratado de una forma especial o de la misma manera que antes de ser diagnosticado. Uno actúa con miedo, pero la confianza fue una de las claves que me permitió tener una vida llevadera, ya que si se actúa con responsabilidad, los amigos se darán cuenta que sigues siendo una persona normal, sin afectar en nada el trato de amistad con ellos. El tener diabetes no significa presentar algún cambio especial hacia los amigos y el éxito dependerá de la confianza que se dé entre tu grupo y tú.


La situación con mis amigos es especial ya que en mi vida se presentan dos tipos de amistades: aquellos que tienen diabetes y aquellos sin diabetes (que muy cariñosamente les digo "no normales").

A mis amigos con diabetes, en su mayoría, los conocí en el campamento de Cau-Cau y pertenecen al clan de la Fundación, lugar de encuentro permanente. Es fundamental para mí el contacto con ellos, debido a que aprendes experiencias nuevas en el manejo del autocontrol y aumenta la autoestima.

Con mis amigos sin diabetes no puedo decir algo diferente, ya que

ellos son muy cálidos y preocupados de cada momento que vivo con mi tratamiento. Siempre están interesados en saber algo de mis glicemias, la dieta, el tratamiento, etc. Están atentos a mi comportamiento y me sorprende el interés que tienen por aprender sobre diabetes. Así tanto,

que a veces se hacen glicemias o me las hacen a mí y al momento de inyectarme, son ellos los que me aplican la insulina. Cuando tengo alguna actividad como fiestas, me recuerdan que debo comer mi colación, traer mis dulces o ajustar mi dosis.

Todo el pesimismo del principio en cuanto a mis dudas sobre el trato con mis amigos, ha quedado atrás. Han sido ellos mismos los que me han demostrado que la comunicación es fundamental para una buena relación entre mis amigos y la diabetes. 

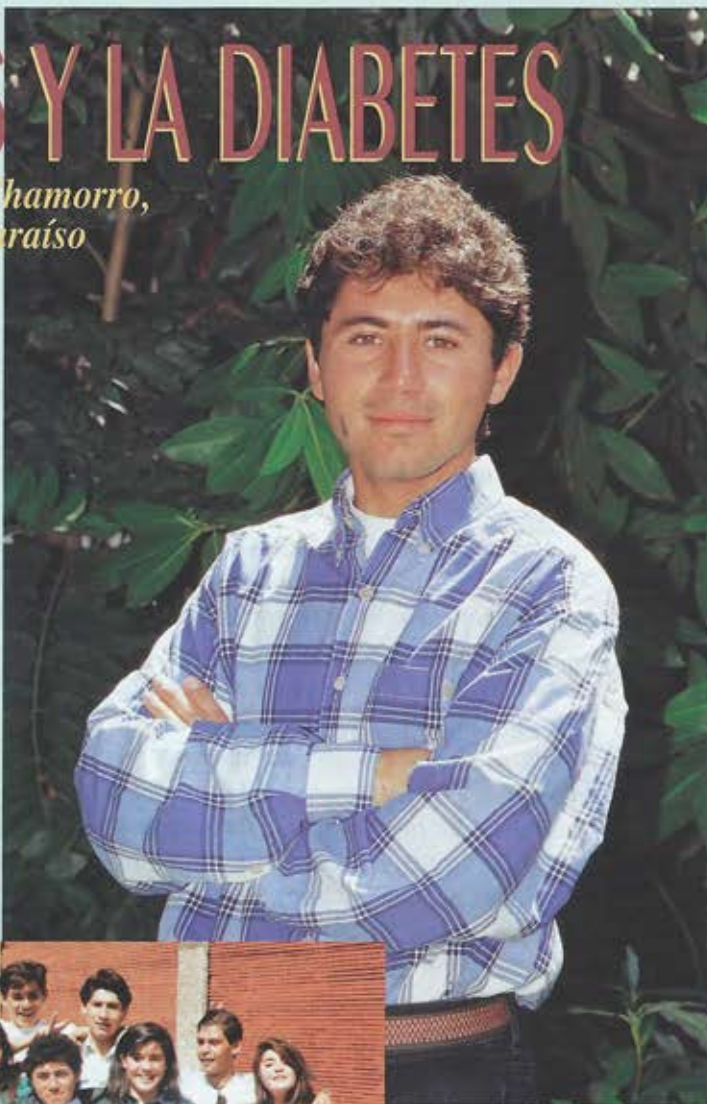


Foto: Juan Pablo Lira



RESUELVA LOS MISTE

Si los resultados de su hemoglobina glicosilada o de algún examen de sangre que haya tenido que hacerse en un laboratorio, no concuerdan con los resultados de sus glicemias, necesita resolver este misterio rápidamente. Después de todo ese número que ve en su monitor, tiene un enorme poder, ya que lo que él dice afecta lo que usted hace: Por ejemplo, si la lectura es muy baja, tendrá que comer o si es muy alta, saldrá a caminar para permitir que su nivel de glicemia baje. Pero ¿qué pasa si este número está equivocado? Entonces estará actuando en base a una información errónea que va a traerle muchos problemas. Por lo tanto, es indispensable averiguar si su monitor funciona adecuadamente. Una posibilidad de chequearlo es llevar el monitor cuando visite a su médico, o bien hacerse una glicemia justo antes o después que su muestra de sangre es enviada a un laboratorio. Es vital que haga el test con su monitor y sus tiras, inmediatamente antes o después del test del laboratorio, porque la espera puede cambiar el resultado.

Lo más probable es que el nivel de glicemias que le dé su monitor varíe con respecto al del laboratorio. ¿Pero cuánta variación es aceptable?. Aquí le damos una regla al respecto. Una medición con su monitor, debe quedar dentro de un 15% de diferencia con el resultado del laboratorio.

Por ejemplo, supongamos que el resultado del laboratorio es de 200 mg/dl. Por lo tanto el 15% de 200 es 30, lo que quiere decir que el resultado puede estar entre 170 y 230. Si la lectura de su monitor está en ese rango, los resultados de él están dentro de este 15%, respecto de los resultados del laboratorio. Así entonces, puede considerar que su monitor está funcionando bien.

Si sus lecturas están sobre o bajo el 15%, no está bien, pero no bote todavía su máquina. Puede que esté buena y sea su técnica empleada para hacerse las glicemias la que tenga fallas. Por lo tanto, antes de arremeter contra su fiel monitor es bueno revisar algunos aspectos técnicos que pueden alterar los resultados.



LA GOTA DE SANGRE

El tamaño de la gota de sangre puede afectar el resultado, por lo que es importante obtener una gota lo suficientemente grande para que cubra toda la superficie del reactivo.

Lave sus manos con agua tibia y jabón antes de pincharse el dedo. Esto no solamente limpia su piel, sino que aumenta el flujo de sangre en esa área. Cuelgue las manos a sus costados y frote desde la palma hacia la punta de los dedos para mejorar la circulación.

Mucha gente considera que pinchar el costado o la punta de los dedos da más sangre que pinchar al centro del dedo, que da menos sangre y más problemas al tacto.

Deje caer la gota de sangre en la tira sin

PROBLEMAS DE SU MONITOR

LAS TIRAS REACTIVAS

Otro causante de resultados equivocados son sin lugar a dudas las tiras. Usted mismo puede chequear si sus tiras están tan bien como si fueran nuevas. Fíjese cómo se ve una tira nueva, sin uso y vea los cambios respecto de sus propias tiras. Cambios en el color indican que los reactivos químicos pueden dar resultados menos precisos.

Observe la fecha de vencimiento de cada frasco o paquete de tiras, y bote aquellos que están fuera de plazo. Idealmente, las tiras deben ser guardadas en un lugar fresco, seco y libre de temperaturas tanto frías como calurosas (su baño es demasiado húmedo; la guantera del automóvil es muy calurosa).

Cuando saque una tira del frasco, ponga la tapa inmediatamente, para evitar exponer a las tiras restantes a la luz directa por mucho tiempo.

Se puede pensar que todas las tiras del mismo fabricante van a dar iguales resultados, pero no es así. Es como el color de las alfombras. Si mira un grupo de alfombras, a pesar del empeño puesto por

la empresa para teñirlas del mismo color, no quedan todas exactamente iguales. Con las tiras también sucede lo mismo, ya que la mezcla química que éstas llevan, difieren de un lote a otro. El resultado de esta variación es que un lote de tiras, pueden dar resultados que son un poco más altos mientras que otro frasco de tiras que compre, pueden dar resultados que son un poco bajos.

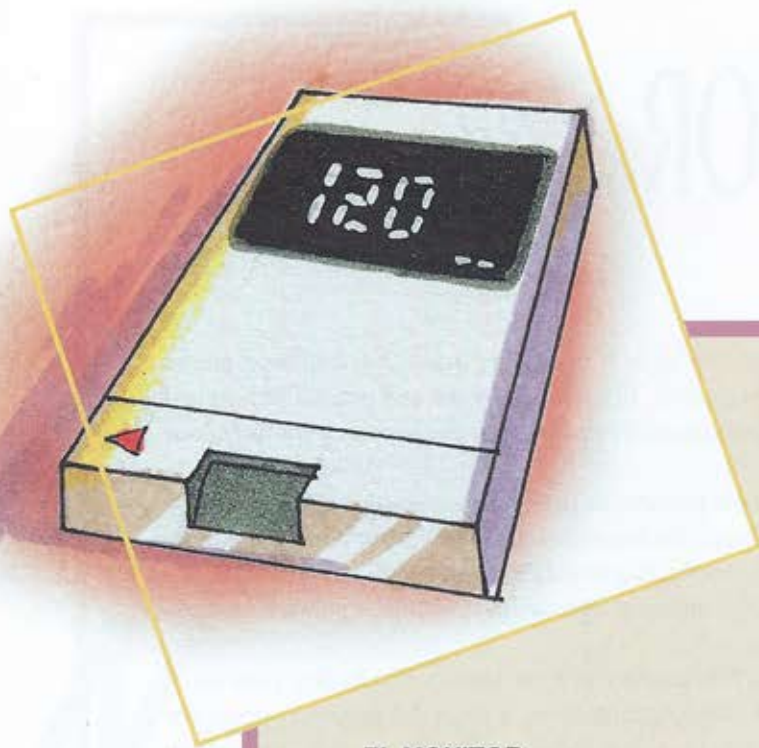
Por lo tanto cuando cambie de caja de tiras debe recordar que tiene que codificar la máquina. Esto calibra su monitor internamente de manera de obtener resultados más correctos.

Si usted ha olvidado el sistema de calibración, lea las instrucciones que vienen con su monitor, o pida consejo. También la altitud afecta la lectura en algunos sistemas, fíjese en el instructivo que viene con las tiras, para ver si tiene que hacer algunos ajustes.

que su dedo toque el reactivo. Esto puede parecer complicado, pero es importante; si su dedo toca la tira, la grasa o el aceite de su dedo puede interferir con la lectura del reactivo. La presión de su dedo, también puede producir alteraciones. Una vez que ha puesto la sangre en el reactivo, no añada más sangre ni extienda o revuelva la muestra, ya que esto puede afectar el resultado.

Algunos monitores requieren que usted, limpie de sangre la tira. Esta puede ser otra área de problemas, ya que no limpiar bien la tira, puede alterar el resultado. Vuelva a leer el manual de su monitor o chequee su técnica con el vendedor del equipo para estar seguro que está limpiando la tira de la manera correcta; asegúrese que esta limpiando la tira con el material especificado en las instrucciones. Algunos fabricantes exigen que use una toallita, mientras que otros recomiendan el uso de una mota de algodón.





EL MONITOR


Si usted ha revisado los procedimientos ya mencionados y no nota fallas importantes al respecto, entonces debe preocuparse del equipo.

Algunas veces no es la gota de sangre o en las tiras, donde está el problema, sino que en el monitor mismo. Esto es más probable que suceda si el monitor tiene ya varios años, o si ha tenido un trato muy duro, se ha caído o ha sido usado en condiciones climáticas muy severas.

Si la glicemia está fuera del resultado esperado, puede ser que el monitor no está funcionando bien o la tira está mala; saque entonces una tira de otro frasco y si el resultado aún está fuera de rango, acuda al representante. El verá una manera para que usted pueda chequear su monitor y las tiras. Para cada monitor hay un líquido para controlarlo, que contiene cierta cantidad, conocida, de glucosa.

Por último, si tiene una máquina que debe ser limpiada, hágalo regularmente cada vez que abra una caja de tiras, o por lo menos una vez al mes. La acumulación de sangre, polvo o pelusas pueden causar lecturas equivocadas.

Nuevamente, revise las instrucciones, o pida ayuda si usted no está seguro sobre la manera correcta de limpiar la máquina. Algunas soluciones para limpieza pueden dañar algunos medidores, mientras que para otros el alcohol es lo recomendado.

Si ha seguido todas las recomendaciones anteriores, y todavía su control de glicemia no está parecido al del laboratorio, tal vez sea tiempo de cambiar su monitor. Consulte a su educador en diabetes o a su médico, analice las distintas opciones y escoja el monitor que sea más adecuado para usted. 

Adaptado de Diabetes Forecast, octubre '94

EL FAMOSO DCCT



Supongo, que casi todos los miembros de la Fundación Diabetes Juvenil de Chile, han leído en nuestra revista o escuchado al menos sobre la gran investigación denominada DCCT (Diabetes Control and Complication Trial). El título es muy fácil traducirlo, ¿no es cierto?. Este informe se hizo para poder determinar con absoluta certeza cuál de las dos maneras terapéuticas a saber, la común y corriente de una inyección o dos inyecciones de insulina diarias con 1 ó 2 exámenes de glicemias por día (¿o por semana?), o aquella otra de varias inyecciones diarias con al menos tres o más exámenes de glicemias cada día, sería el mejor tratamiento para nosotros.

En 29 famosos Centros de Diabetes, incluyendo uno en Canadá, se seleccionaron los voluntarios diabéticos insulino-dependientes entre 13 y 39 años de edad; gente con duración de la enfermedad entre 1 a 15 años y sin complicaciones. Todos estaban entusiasmados de poder servir en algo tan importante. Era claro que el DCCT no se trataba de un ensayo para comparar un mal tratamiento versus un manejo estricto de la diabetes, sino de confrontar el tratamiento generalmente considerado como standard versus uno densamente ajustado. Los 1441 voluntarios fueron divididos en dos grupos



*Por Eva R. Saxl,
educadora en diabetes*


para seguir el tratamiento de su elección con varios años de observación, exámenes minuciosos sin costo y seguimiento fiel. De esta manera se podría llegar a decidir, cuál sería la mejor forma de prevenir el inicio de las serias complicaciones tardías de esta enfermedad.

Como estos cuidadosísimos estudios dieron resultados indudables y evidentes, la enorme tarea pudo ser terminada y publicada ya después de seis años y medio, en lugar de los ocho previstos en junio de 1993, durante el congreso anual de la Asociación Norteamericana de Diabetes (ADA). Se vio que el control metabólico cuidadoso bajó el riesgo de complicaciones tardías. Por eso se debería sugerir a la gran mayoría de los diabéticos que usamos insulina, la terapia intensificada. A los diabéticos del tipo II habrá que considerar

sus enfermedades adicionales y su edad avanzada.

Sean mis lectores que, por ejemplo, la retinopatía como consecuencia de la terapia intensificada (TI) bajó en 34 a 76% y los primeros signos de retinopatía en 27%. La microalbuminuria bajó en un 35% y la albuminuria (que le sigue como problema renal) en un 56%. Las neuropatías bajaron en un 60%. ¿Qué les parece todo esto? Los que me conocen saben que yo he seguido el tratamiento intensivo por los últimos años. Me siento bien y no lo cambiaría. Así puedo quedarme en niveles siempre normales y por eso los resultados de mi Hemoglobina Glicosilada siguen en la misma y bella cifra de 7%.

En Chile hay todavía muy pocos diabéticos que han discutido seriamente el DCCT con sus propios médicos. Aunque me doy cuenta de las dificultades que causaría el tratamiento intensivo (TI), creo que los diabetólogos guiarían expertamente a sus pacientes interesados y motivados. Saben que es posible postergar o evitar las temidas complicaciones.

Les deseo buena suerte en su discusión de los pro y contras de cada uno de los dos tratamientos. Acepten ciertos sacrificios. Yo tuve que luchar un poco con la fruta maravillosa de Chile, pero los acepté como inevitables y veo que mi recompensa ya está llegando. 

PESCADOS Y MARISCOS EN LA ALIMENTACION

Nutricionista:
Elena Carrasco Piña

Nuestro país tiene alrededor de 4000 Km. de costa continental, con abundancia de pescados y mariscos y con una gran variedad de especies.

El pescado tiene un aporte nutritivo excelente, especialmente proteico (15-20% similar a las otras carnes), con una proteína de buen valor biológico, vitaminas del complejo B y hierro de alta biodisponibilidad.

En general, las dueñas de casa, desconocen las formas de preparación de todos los pescados y mariscos y utilizan solamente aquellos de uso cotidiano.

Cada especie tiene características propias que determinan su forma de preparación, dependiendo de su textura, piel y sabor entre otras.

La grasa del pescado depende fundamentalmente de la temperatura del agua, variando su contenido entre 1 y 25 g% de lípidos; aquellas especies que viven en aguas frías, tienen un aporte mayor que los que viven en aguas calientes. Estos lípidos están formados fundamentalmente por ácidos grasos poliinsaturados, especialmente Eicosa-





pentaenoico y Docosahexaenoico. Estos ácidos grasos de nombre tan difícil, ayudan a disminuir los niveles de triglicéridos, que junto al colesterol, son los causantes de la formación de la placa aterosclerótica, factor de riesgo de enfermedades al corazón.

Los pescados que tienen estas características son: mero, salmón, sardina, jurel, atún.

El pescado ya sea fresco, enlatado o congelado tiene un aporte nutritivo similar, por lo tanto se selecciona de acuerdo a la disponibilidad económica y geográfica de él.

Al adquirirlo, se debe revisar sus características organolépticas (olor, textura), de manera de evitar aquellos en mal estado. El pescado fresco se reconoce por su olor a mar, ojos brillantes, agallas color rojo vivo y su carne es firme al tacto. El pescado congelado debe estar completamente duro y envasado. En las épocas de mucho calor, adquirirlo al final de las compras del supermercado, de manera que permanezca el menor tiempo posible fuera del congelador; si no se va a cocinar, colocarlo de inmediato a temperatura de -10° (congelador de los refrigeradores de dos puertas).

Para cocinarlo se recomienda para el diabético las preparaciones al horno, caldillo, a la parrilla o hervido. Sin embargo puede utilizarse el pescado frito pasado por huevo y una pequeña cantidad de harina, y no utilizar esta forma con frecuencia, especialmente en aquellas personas que tienen el colesterol alto.

Consuma pescado. Es de bajo costo, muy nutritivo y sano. Aprenda nuevas formas de preparación, y ¡buen provecho!

ADQUISICION DE ALIMENTOS

Recetas

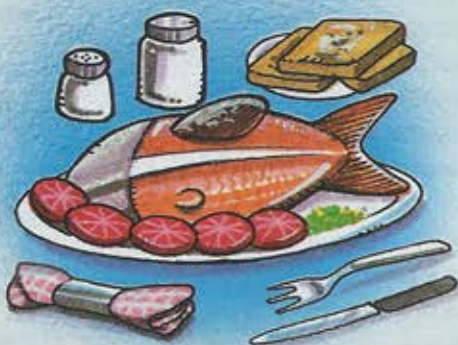
CONGRIO FRITO CON ENSALADA DE TOMATES CON CEBOLLA

Ingredientes (para 1 ración)

200 gr. de Congrio
1/2 huevo
50 cc. de aceite para freír
10 cc. aceite para la ensalada
100 gr. tomates
50 gr. cebolla
jugo de limón
pimienta, sal

Preparación

Se lava el pescado. Se fríe en aceite caliente previamente rebozado con huevo. Se sirve con ensalada a la chilena.



Aporte Nutritivo

Hidratos de Carbono	14 grs.
Proteínas	35 grs.
Lípidos	37 grs.
Calorías	529



ENTRADA DE ATUN

Ingredientes

100 gr. de Atún
Lechuga una porción grande
10 cc. aceite
1 cucharada sopera de mayonesa
jugo de limón, sal, condimentos

Preparación

Desmenuzar el pescado, mezclar la mayonesa, amoldar. Servir con la ensalada de lechuga.

Aporte Nutritivo

Hidratos de Carbono	2,2 grs.
Proteínas	20 grs.
Lípidos	26,8 grs.
Calorías	330

Tipicas

MACHAS A LA PARMESANA

Ingredientes

8 machas
50 gr. de queso mantecoso

Preparación

se lavan las machas, se abren sacándolas de la concha. Se colocan en una fuente pequeña de greda condimentadas y se agrega el queso en rebanadas delgadas. Se lleva a horno fuerte por 10 minutos.



Aporte Nutritivo

Hidratos de Carbono	2 grs.
Proteínas	42,5 grs.
Lípidos	17,5 grs.
Calorías	336



BUDIN DE PESCADO

Ingredientes (para 10 raciones)

1 Kg. de Corvina
4 Huevos
1 Taza de Leche
2 cucharadas de maicena
2 cucharadas de margarina
2 cucharadas de queso rallado
sal, pimienta y nuez moscada

Preparación

Moler la corvina, aparte preparar una salsa blanca con la leche, margarina y maicena, queso rallado y aliños.

Batir los huevos, revolver con la salsa blanca, agregar el pescado molido y vaciar en un molde enmantequillado y espolvorear con queso rallado. Colocar a horno mediano.

Aporte Nutritivo

Hidratos de Carbono	6,6 grs.
Proteínas	24,4 grs.
Lípidos	5,2 grs.
Calorías	171

DIABETES AL DIA

PRIMER TRANSPLANTE DE CELULAS BETA ENCAPSULADAS

Como es sabido, para intentar curar la diabetes por la vía del trasplante no es necesario hacerlo con el páncreas completo, de gran riesgo, sino sólo con la parte defectuosa del páncreas, en este caso las células beta que producen insulina.

Desde hace varios años se ha estado experimentando con el trasplante de células beta encapsuladas en una membrana porosa selectiva, de tal manera que permita el paso del oxígeno, glucosa, hormonas e insulina, pero bloquee la entrada de moléculas mayores especialmente anticuerpos y células T del sistema inmunológico. (Ver Diabetes Control, agosto '92)

El Dr. Anthony M. Sun, M.D. de los Laboratorios Connaught en Toronto es uno de los pioneros en el desarrollo de microcápsulas con islotes desde 1980, para lo cual utilizó un material denominado alginato, derivado de algas marinas e implantó con éxito estas cápsulas en ratas diabéticas.

Basado en esta técnica, en el laboratorio del Dr. Patrick Soon-Shiong, M.D. del St. Vincent's Medical Center se han implantado microcápsulas por

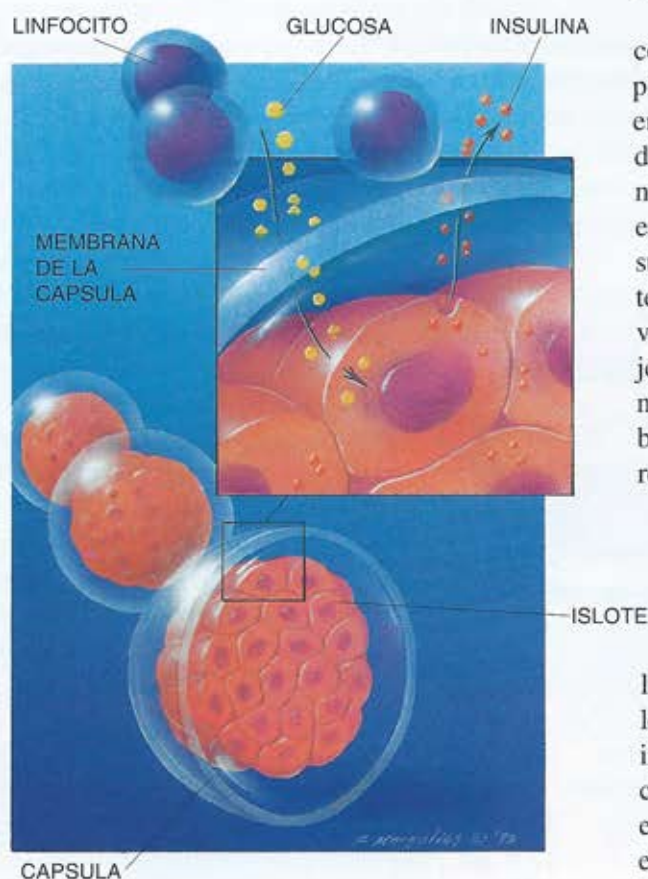
primera vez en seres humanos, en mayo de 1993 y en enero de 1994.

Uno de los receptores ya no usa insulina y el otro requiere menos dosis. Es importante destacar que ambos pacientes estaban con complicaciones, tenían trasplante renal y recibían inmunosupresores.

El Dr. Soon-Shiong atribuyó el éxito en la técnica de encapsulamiento a la modificación de la fórmula del alginato, material que forma la cápsula, limpiando las impurezas que estimulaban la producción de fibrosis.

El Dr. Soon-Shiong comenzará ahora a implantar microcápsulas en otros 18 pacientes diabéticos, que han tenido trasplantes y que están usando inmunosupresores. Lógicamente los próximos pasos van encaminados a injertar células en personas que no estén recibiendo inmunosupresores.

«A pesar que el trasplante de células beta encapsuladas ha tenido éxito en revertir la diabetes en animales, tenemos mucho que investigar sobre la aplicación de esta técnica en seres humanos», dice el Dr. Soon-Shiong.



Steven Craig, 38 años de Anaheim, California tiene el mérito de ser la primera persona que recibió un implante de microcápsula de células beta, en Mayo de 1993 y luego otro en Noviembre del mismo año. Desde ese mes ya no se ha puesto insulina con excepción de mínimas dosis en determinados días.



Clarissa Hooper

Clarissa Hooper, 35 años de Long Beach recibió el transplante de cápsula en enero de 1994 y actualmente se pone algo de insulina, aproximadamente 1/3 de la dosis que antes usaba.

Clarissa Hooper, 35 años de Long Beach recibió el transplante de cápsula en enero de 1994 y actualmente se pone algo de insulina, aproximadamente 1/3 de la dosis que antes usaba.



Steven Craig

Tanto Steven como Clarissa fueron intervenidos en el centro de transplante del Dr. Patrick Soon-Shiong y ambos previamente habían tenido transplante renal y usan inmunosupresores, sin los cuales estas experiencias no hubiesen podido tener éxito.

Pero con ellas y otras personas que serán intervenidas próximamente, se están obteniendo valiosas experiencias con el fin de lograr algún día la ansiada meta: transplantar células beta sin necesidad de inmunosupresión.

Pero con ellas y otras personas que serán intervenidas próximamente, se están obteniendo valiosas experiencias con el fin de lograr algún día la ansiada meta: transplantar células beta sin necesidad de inmunosupresión.

NUEVA ESTRATEGIA PARA PREVENIR LA DIABETES

Mientras en Estados Unidos se está usando la insulina y en Chile la nicotinamida, para prevenir la diabetes en individuos de alto riesgo (Ver Diabetes Control, julio '94), algunos investigadores están experimentando con proteínas en píldoras para prevenir el ataque del cuerpo a sus propias células betas.

¿Por qué las proteínas que comemos no provocan ataques inmunológicos?, se preguntan los científicos que estudian diversas enfermedades autoinmunes. Se ha sugerido la teoría de que hay algo en el proceso digestivo que desactiva o «desarma» algunas células del sistema inmunológico, previniendo el rechazo a estas proteínas en nuestra dieta diaria. Como resultado, se están desarrollando drogas que se asemejan a las proteínas específicas que atacan el sistema inmunológico.

The Eli Lilly Co. está experimentando con cápsulas de insulina manipuladas genéticamente, de manera que cuando sean tragadas y procesadas por el sistema digestivo desactivan el ataque del sistema inmunológico contra las células beta. Así el cuerpo se pondría tolerante con sus propias células productoras de insulina.

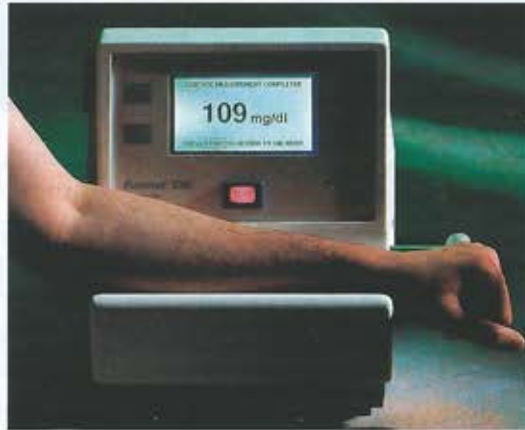


UN RAYO ESQUIVO

El autocontrol es la única forma de manejar bien la diabetes y todos sabemos que eso implica varios pinchazos diarios, para poder hacerse las glicemias. Por este motivo cuando hace poco más de tres años, algunas empresas norteamericanas comenzaron a divulgar que estaban experimentando con monitores de rayos infrarrojo, se despertó un gran interés en todo el mundo de la diabetes. Por fin se podría evitar esas antipáticas muestras de sangre.

En enero de 1994, Biocontrol Technologie, Inc. fue la primera empresa en solicitar las autorizaciones correspondiente a la FDA de Estados Unidos para su sensor de rayos infrarrojo Diasensor 1000. Mientras tanto, decenas de otras compañías buscan afanosamente desarrollar un sensor no invasivo que sea práctico y confiable. Pero las experiencias han demostrado, que existen todavía numerosos inconvenientes tecnológicos que superar y las frustraciones han sido incluso mayores que las esperadas.

El sensor de rayos infrarrojos combina dos



sofisticadas tecnologías: La espectroscopía tipo infrarroja, que emplea ondas de luz invisible del espectro para penetrar la piel humana y obtener información (proceso originalmente utilizado en la agricultura para medir el grado de madurez de la fruta). Y un

conjunto de delicados métodos computarizados y estadísticas denominados «quimiométricos» que sirven para filtrar la débil presencia óptica de la glucosa, separándola de un verdadero pantano de señales generadas por otros componentes del cuerpo humano.

«Existe una variedad de sustancias en los seres humanos que se superponen con la glucosa en el análisis del espectro y una multitud de estructuras a través de la cual debe pasar el rayo, tales como huesos, vasos sanguíneos y músculos» dice la Dra. Francine Kaufman, M.D. endocrinóloga pediatra del Children's Hospital de Los Angeles. Como resultado de esto, la señal óptica de la glucosa se hace muy débil y difícil de detectar. El color y grosor de la piel, al igual que elementos tan variables como la temperatura y la transpiración, también parecen alterar la efectividad de los sensores.

Debido a todas estas dificultades, una enorme competencia y un mercado estimado en 1.000 millones de dólares, las empresas están más cautelosas en divulgar cualquier información sobre sus investigaciones y fijar fechas de aparición del producto.

Futrex, Inc. una de las primeras compañías en proclamar el éxito de su sensor prototipo (Ver Diabetes Control 1991) dice ahora que su monitor es «esperanzador». Según Robert Rosenthal, presidente de Futrex, si su producto sale al mercado, sólo lo hará cuando sea verdaderamente portátil, con baterías y no requiera calibración.

Justamente estas características son las que faltan a Diasensor 1000 cuyo foto publicamos arriba. Tiene el tamaño de un televisor mediano, su calibración es individual y demora varias horas. El otro equipo (abajo) es un GluControl, más grande que el anterior.

Condensado de Countdown Winter, '95

Nota del Editor: El Diasensor 1000, ya ha sido ofrecido a la Fundación, mientras aguarda la aprobación de la FDA a un valor de ¡US\$ 8.300!. Aparentemente será mejor esperar.

SE INICIA

PROGRAMA MASIVO DE DETECCION PRECOZ DE LA DIABETES

Doctores Alberto Maiz, Mónica Manrique y Marcelo Díaz de Valdés,



Gracias al financiamiento del FONDECYT, el Departamento de Endocrinología, Metabolismo y Nutrición de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Chile, con la ayuda de la Fundación de Diabetes Juvenil de Chile, desarrollará un Programa Masivo de Detección de Prediabetes en los familiares directos de pacientes diabéticos insulino-dependientes.

Este estudio será realizado por los Doctores Alberto Maiz (Jefe del Departamento), Mónica Manrique, Isabel Hodgson y Marcelo Díaz de Valdés.

Diabetes Control que analizó in extenso este tema en su número de julio 1994, entrevistó al equipo mé-

dico encabezado por el Dr. Maiz para que nos explicara en qué consiste este examen y quiénes pueden hacérselo.

¿A quienes se hará la detección de prediabetes?

Este estudio se realizará solo a parientes de primer grado de un diabético insulino-dependiente, es decir, a hermanos, hijos o padres, ya que el riesgo en este grupo es mayor

que el de la población general. Aunque, es necesario recalcar, es una condición muy poco frecuente.

¿Qué exámenes se realizarán?

En todos los parientes de primer grado que tengan interés, se buscará la presencia de anticuerpos anti-isletos (ICA) en su sangre. La presencia de ICA significa que la persona tiene alta probabilidad de tener prediabetes.

¿Qué significa si el resultado es negativo?

Significa que la posibilidad a 3 años de desarrollar diabetes es muy remota.

¿Y si el resultado es positivo?

El riesgo de desarrollar diabetes esta relacionado a la cantidad de ICA. Esto significa que es necesario cuantificarlos.

Si los ICA son menores de 20 JDF⁽¹⁾, es recomendable que se repita el examen en un año.

Si los ICA son iguales o mayores a 20 JDF, significa

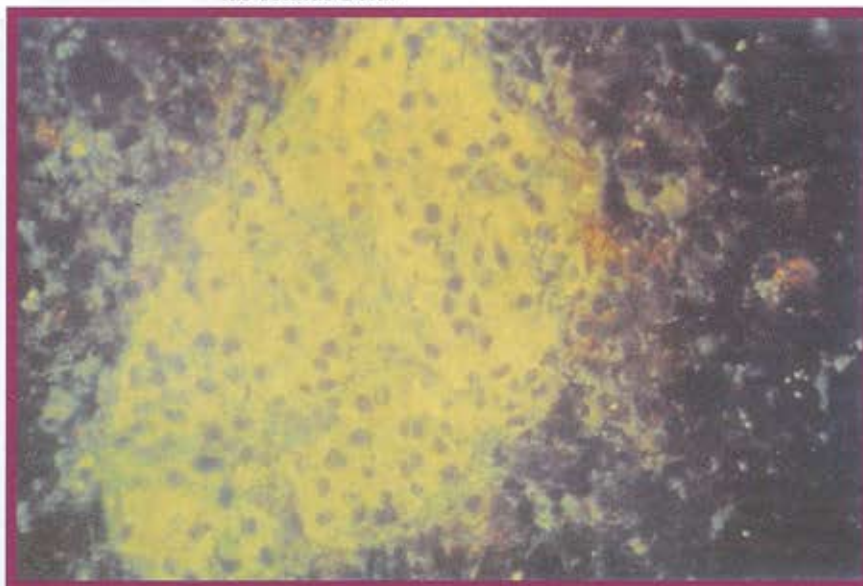
que es un **prediabético**, por lo que se les explicará el riesgo que tienen de desarrollar diabetes y se les invitará a participar en un estudio de prevención.

¿En qué consiste este estudio?

Previa explicación a cada persona del riesgo que significa tener ICA positivos y de las posibilidades de desarrollar diabetes mellitus insulino-dependiente, se debe clasificar la

ICA AL ATAQUE

Mediante la inmunofluorescencia se pueden observar anticuerpos anti-isletos (ICA), adheridos a las células Beta.



prediabetes en Precoz, Avanzada o Tardía. Esto se determina con los exámenes de Fase Precoz de Respuesta Insulínica (FPRI) y Test de Tolerancia a Glucosa Endovenosa (TTEG). Una vez clasificada la prediabetes, se seguirán controlando a estas personas durante dos años y medio, y a aquéllos que lo deseen se les dará nicotinamida para prevenir la Diabetes.

¿Qué es la nicotinamida?

La Nicotinamida es un derivado de la Vitamina B3, que no tiene efectos adversos, y viene en comprimidos,

que deben tomarse diariamente. Este derivado vitamínico se está administrando hace algunos años en niños y jóvenes de Europa, Canadá y Nueva Zelandia, con resultados sugerentes de que sería útil en la prevención de la diabetes.*

¿Y si la persona no desea tomar nicotinamida?

Igual se le ofrece mantenerlos en control y seguir realizándoles los exámenes necesarios para medir su evolución.

¿Qué costo tiene este estudio?

Para las personas que vengan de la Fundación de Diabetes Juvenil o derivados de cualquier Hospital del país los exámenes, controles médicos y tratamiento serán **gratuitos** mientras dure este estudio.

¿Cómo y cuándo se conocerán los resultados?

Los resultados de los exámenes serán entregados en la Fundación de Diabetes Juvenil, dentro de un mes luego de tomada la muestra de sangre.

1) Los JDF son una unidad de medición de los ICA. Las siglas son un reconocimiento de la comunidad científica internacional a los esfuerzos de la Juvenile Diabetes Foundation (JDF) en financiar los proyectos sobre detección precoz de la diabetes.

*Nota del Editor:
Ver Diabetes Control, Julio '94.

¿QUE REQUISITOS DEBE CUMPLIR LA PERSONA QUE QUIERE SABER SI TIENE RIESGO DE DESARROLLAR DIABETES MELLITUS INSULINO-DEPENDIENTE?

Todas las personas que deseen participar deben:

1. Ser pariente directo de un diabético insulino-dependiente, es decir, padre, madre, hermano, hijo.
2. Edad entre 5 a 35 años.
3. Solicitar una orden de examen en la Fundación Diabetes Juvenil de Chile.
4. Acudir con la orden de examen a la Unidad de Toma de Muestras del Hospital Clínico de la Universidad Católica, ubicada en calle Marcoleta 345, Santiago.

El examen es gratuito.



Página del Lector

Si usted quiere compartir alguna experiencia sobre su diabetes, comentar algún artículo de Diabetes Control o aclarar dudas sobre el tratamiento, aquí tiene un espacio.

Escríbanos a Diabetes Control, Casilla 248, Correo 34, Las Condes, indicando su nombre y dirección. La carta debe venir firmada. Puede solicitar no publicar su nombre.

En forma excepcional, por ser el inicio de esta sección, esta vez publicaremos tres de las consultas más usuales y un par de comentarios hechos por jóvenes participantes de nuestro campamento de verano Cau-Cau 1995.



Soy un joven de 19 años con diabetes desde los 12 y como todos me gusta ir a fiestas. Si me ofrecen una bebida alcohólica ¿puedo tomarla?, ¿qué me puede pasar?

El consumo de alcohol puede en ocasiones producir hipoglicemia, la que dependerá de la cantidad, (gramos de alcohol) y su relación con la ingesta de alimentos. Esta hipoglicemia no se produce sólo en los diabéticos insulino-dependientes sino que también en individuos no diabéticos.

Los mecanismos por los cuales se produce la hipoglicemia son:

- disminución de producción de glucosa por el hígado (inhibición enzimática)
- Imposibilidad de utilizar elementos provenientes del músculo y grasa para fabricar glucosa por el hígado (lactato, alanina, glicerol)

Si debido al alcohol cae en una hipoglicemia severa, ésta deberá ser tratada con glucosa concentrada por la vena, ya que en este caso el glucagón no es útil pues el hígado tiene muy disminuidas sus reservas de glucosa.

La prevención es esencial. Un insulino-dependiente puede consumir bebidas alcólicas en cantidad moderada, previo control de sus glicemias.

Cada insulino-dependiente deberá aprender a conocer cómo su cuerpo reacciona a la ingestión de bebidas alcohólicas, para lo cual es recomendable hacer control de glicemias antes y después de un par de horas de haber ingerido la bebida alcohólica. **DEBERA REGISTRAR ESA EXPERIENCIA** en su libreta de control y discutirla con su médico tratante.

INCREIBLE BAJA DE DOSIS

En Cau-Cau existe algo que no sé explicar. La cosa es que de un día para otro mis requerimientos de insulina disminuyeron en una forma increíble. Y no se trata simplemente de un poco más de actividad física, ya que en Santiago también tengo periodos de gran actividad, pero acá el deporte, la amistad, las risas, la paz, el amor, y no sé qué más, me han hecho bajar mis dosis de insulina de 16-18 u. de cristalina por almuerzo a la inexplicable cantidad de "1 u." por igual comida. Me gané el "plato de honor" al rey de las bajas, compartido con un compañero de campo (Carlos González) y la verdad es que con dosis mayores a 1 u. era inevitable la hipoglicemia. Mi caso no es exclusivo; de hecho todos mis compañeros de carpa vivimos situaciones similares, en mayor o menor grado. Es sorprendente vivir así.

Gracias Cau-Cau '95

Lorenzo Soto
Santiago

Nota del Editor: Este caso consta en los registros del campamento.

Tengo 23 años y pronto me casaré. Soy diabética desde hace más de 10 años y como todos he tenido mis altas y bajas. ¿Puede esto afectar mi capacidad para tener hijos?

En la época actual con el grado de control que logran los diabéticos insulino-dependientes, no hay diferencias en cuanto a la fertilidad. Es decir que el hecho de ser diabética, no significa ni mayor frecuencia de esterilidad (dificultad para embarazarse), ni de infertilidad (incapacidad de conservar el embarazo o tendencia a los abortos espontáneos).

Cuando no se había descubierto aún la insulina, eran comunes estos problemas y también solían ocurrir cuando no se utilizaban los tratamientos con varias dosis de insulina, las mezclas con insulinas de acción rápida y cuando el auto-monitoreo no era parte básica del tratamiento. En ese entonces era posible que mujeres diabéticas estuvieran permanentemente mal compensadas, desnutridas y como consecuencia de ello, tuvieran problemas con sus ciclos menstruales o con su ovulación.

Estos trastornos son reversibles y se normalizan con el control adecuado de la diabetes.

¿Las mujeres diabéticas podemos tomar píldoras anticonceptivas? ¿Cuáles?

Es un hecho demostrado que el embarazo en una persona diabética debe ser programado. Por esta razón es muy importante el uso razonable de un método de regulación seguro y que no provoque otros efectos negativos.

Cuando no se ha tenido ningún hijo todavía y respetando las creencias de cada uno, el método más seguro es el de píldoras anticonceptivas. Existía mucha preocupación por las complicaciones del uso de anticonceptivos orales. Se encontró que en muchos casos, se producía aumento de la glicemia, tendencia mayor a la trombosis y alza de peso. Con el tiempo se descubrió que esas complicaciones se debían a uno de los componentes de la píldora: el progestágeno. La investigación logró desarrollar píldoras con cantidades cada vez menores de ese componente y modificar las fórmulas, hasta lograr tabletas que provocan menos problemas.

En resumen, las mujeres diabéticas pueden usar pastillas anticonceptivas, pero deben ser indicadas por un médico que conozca las características del anticonceptivo. Es recomendable utilizar las más modernas, de dosis bajas y una vez comenzado su uso es muy importante acentuar el autocontrol de la diabetes, ajustar las dosis de insulina si es necesario y sin olvidar la visita periódica al ginecólogo.

Cuando ya se ha tenido un hijo, existen dos alternativas, el dispositivo intrauterino y los anticonceptivos orales.

Desde el punto de vista de la diabetes el método más inofensivo es el dispositivo, el cual si es controlado por el ginecólogo y las glicemias están bien, no presenta más complicaciones que en las mujeres no diabéticas.

Como se trata de un tema privado y personal, la pareja puede a conciencia emplear otros métodos que no tienen un uso tan amplio, como preservativos masculinos o el Método de Billings, que si son bien seguidos disminuyen la posibilidad de embarazo.

CAU-CAU, UNA ESCUELA

Desde Lima llegué a Chile y tenía planeado asistir al campamento de Cau-Cau. La verdad es que se trata de algo más que un simple campamento. Cau-Cau es una escuela donde se aprende mucho. Entre muchas cosas de medicina y diabetes, se aprende a refinar el espíritu, y a cambiar en algo la forma de pensar de aquellos que han vivido de una manera especial antes de Cau-Cau.

A mí, personalmente me enseñaron, me guiaron y me ayudaron a cambiar. Realmente estoy muy agradecido.

Gracias Cau-Cau!!!

Poema a Cau-Cau

En Cau-Cau se aprende a vivir
algunos llegan y dejan de sufrir
realmente pude sentir,
el espíritu de la vida,
y ruego a Dios que siga, *Klaus Henkelmann*
como lo aprendí, aquí. *Lima, Perú*



Las respuestas a las consultas han sido preparadas por los doctores Gloria López S. y Jaime Pérez C., colaboradores de nuestra Fundación.

ACTIVIDADES DE LA FUNDACION

SESION FAMILIAR

Una experiencia inolvidable fue para las familia de los recién diagnosticados, nuestra Sesión Familiar que se realizó el último fin de semana de Noviembre.

18 familias de diversas regiones del país vivieron esta sesión, donde los doctores Jaime Pérez C. y Ricardo Silva, junto a enfermeras y nutricionistas, les brindaron sus conocimientos y lo más importante, asesoría y apoyo.



*Mucha
entretención y
aprendizaje
hubo en esta
Sesión Familiar.*

ADULTO MAYOR

Durante el mes de noviembre se realizó como es habitual, el curso de educación en diabetes para el Adulto Mayor. Diferentes temas de interés y un constante intercambio de experiencias, son la base para este curso que está a cargo de la educadora señora Eva Saxl.

Participantes del curso de educación en diabetes para el Adulto Mayor, muestran orgullosos sus diplomas junto a Eva Saxl





*La regalona del campamento,
María Lidia Silva*

*Un grupo de orgullosos
campistas con sus
camisetas de Cau-Cau*

CAMPAMENTO DE VERANO

Cau-Cau '95 fue todo un éxito. 120 campistas y 30 monitores diabéticos vivieron durante enero la magia del campamento.

Este año tuvimos un record de campistas nuevos, que por primera vez se enfrentaron a su diabetes sin la supervisión de los padres. El resultado, a juicio de médicos, enfermeras y monitores, fue excelente. ¡¡FELICITACIONES!!



*El Dr. Alvaro Pizarro y la Dra.
M. Verónica Tapia analizan con
los campistas sus glicemias*





En el gran circo de Cau-Cau, unos esperan su turno para actuar, Pablo Zárate hace de "Señor Corales", y las gatitas se divierten



La alianza roja ensaya su grito y está preparada para las competencias



Queremos agradecer muy sinceramente la participación de:

- Dr. Jaime Pérez C.
- Dra. Carmen Luz Villanueva
- Dr. Néstor Soto
- Dra. Rossana Román
- Dra. María Verónica Tapia
- Dr. Alvaro Pizarro
- Dra. María Victoria Figueroa
- Elena Carrasco

Al grupo de dedicadas enfermeras dirigidas por Ximena Rodríguez y Claudia Moya y por supuesto a Lucy Larenas e hija por sus exquisitas comidas.

PROGRAMA DE EDUCACION EN AUTOCONTROL

Como siempre, el último jueves de cada mes, un numeroso grupo de jóvenes diabéticos y sus padres se reúnen junto a la enfermera Ana Luisa Bórquez para supervisar los controles, revisar nuevos temas, y recibir las tiras reactivas para un mes de control.

Para cerrar el año de trabajo, el 11 de diciembre realizaron un paseo a la piscina Aguas Claras para disfrutar de un día de sol junto a sus amigos de siempre.



Margaret, Laura, Clara y Beatriz, en la piscina de Aguas Claras



Al agua "patas"

Autofagasta

Siempre entusiasta sigue creciendo nuestra filial de la 2ª Región.

Terminaron el año con un almuerzo en un club de la ciudad, para renovar el compromiso de seguir trabajando durante el año '95.

Montevideo

A Uruguay fueron Ximena Lira y Maggie Aguila, donde participaron como monitoras en el "Campamento Amigo" en Raigón, San José, a comienzos de Marzo.



Llegó la hora de medir las glicemias



Un grupo posando a la sombra en el campamento

Ximena y Maggie de viaje



Vina

El 29 de Octubre se inició un programa con estudiantes de psicología de la U. de Chile, con el propósito de ayudar, aprender y compartir la diabetes con nuestros socios.

Las charlas para los recién diagnosticados han contado con la colaboración de la doctora M. Victoria Figueroa.



Recién diagnosticados junto a la Dra. María Victoria Figueroa

Rancagua

Nuestra filial en la 6ª Región sigue trabajando con mucho empeño. Realizaron una exposición al aire libre para mostrar a los habitantes de Rancagua un poco más sobre lo que es la diabetes y la labor de la FDJ en esta ciudad. Permanentemente siguieron reuniéndose en la sede para poder realizar una labor de educación con los nuevos y antiguos socios.

Sesión Familiar asesorada por el Dr. Luis López V.



Muy buenas amigas, Belén Wilson y Dina Pino



Los socios de la VI Región en plena calle Independencia, explican a los rancagüinos como se controla la diabetes

Talca

Nuestra representante la señora Elba Núñez, con su entusiasmo de siempre, sigue realizando las reuniones mensuales. Para finalizar el año se organizó en Diciembre un paseo a la localidad de Vilches, donde pasaron un día especial, junto a los amigos de la VII Región.



Ricardo Reyes en un momento de descanso en Vilches



¡Qué rico es encontrarnos nuevamente! Miriam Bravo de Talca y Emita Cruz de Cauquenes

Saludo para los representantes de San Felipe, Valdivia, La Unión, Punta Arenas y ¡sigan trabajando!

Disfrutando de la piscina



Temuco

En diciembre, nuestra representante Doris Vorpal realizó un paseo de fin de año, que contó con la presencia de todos los médicos que trabajan en diabetes de la zona.

En la oportunidad directivos de Santiago tuvieron la ocasión junto a todos los socios y médicos, de visitar las instalaciones del Diario Austral, donde los jóvenes temuquenses contaron a los periodistas su experiencia con la diabetes.

Concepción

La Corporación de Ayuda al Niño y Adolescente Diabético de Concepción, representante de nuestra Fundación en la 8ª Región, inauguró su nueva sede en calle Castellón 826 - E, esquina Los Carrera, Teléfono 225 462, siempre dirigidos por Don Víctor Castillo y el entusiasmo de la Doctora Andrea Gleisner.

A fin de año organizaron su paseo en el camping Santa Elena, camino a Coronel, al que fueron invitados directores de la Fundación.

Y como siempre, el tradicional campamento de verano denominado "Traga-Tragas" por los campistas, en un lugar cerca de Los Angeles, propiedad de la comunidad adventista, ¡y con piscina!

Participaron 24 campistas diabéticos, ayudados por diez monitores. Dirigieron Karen y Paulette con la Doctora Gleisner.



María José Silva de 7 años, la más nueva en su primer "autopinchazo". Miss campamento Traga-Tragas, El Alamo '95



Autocontrol



Buena onda en el camping Santa Elena



Boehringer Mannheim

en el Mundo sabe de Diabetes



Diagnóstico

ACCUTREND GC

SOFTCLIX

CINTAS REACTIVAS

Terapia

GLUCOPHAGE RETARD

EUGLUSID

INSULINAS HUMANAS

INSULINAS DE ORIGEN ANIMAL

PENFILL



BOEHRINGER MANNHEIM de Chile Ltda.

Los Tres Antonios 119

Nuñoa - Santiago

Fono: 223 3737

Fax : 223 1141



**Ahora,
éste es el único paso
hacia un resultado confiable
de glucosa en sangre.**



GLUCOTIDE™

GLUCOMETER® 4

Verdadera Técnica independiente.

Bayer *diagnósticos*



SERVICIO DE INFORMACION CIENTIFICO - TECNICA
Carlos Fernández 260 - Teléfono:5555561 - Santiago - Chile