diabetes
CONTROL
REVISTA DE LA FUNDACION DIABETES JUVENIL DE CHILE
AÑO 6 - Nº 13 - DICIEMBRE 1995
TENIENTE RICARDO MUÑOZ:
Diabetes y Disciplina
JOVENES:
De la rebeldía a la aceptación
"ESOS DIAS"
y los cambios en la glicemia
Ojo con su vista
Ministerio de Salud
y su programa de autocontrol
La verdad
de los alimentos dietéticos

NUEVO

Accutrend® *alpha*

Ultimo avance en medición de Glucosa

NUNCA FUE TAN SIMPLE ni más exacto...

- ✔ *El visor indica cada paso a realizar en el manejo del equipo.*
- ✔ *El equipo más liviano (50 gramos) y pequeño, puede guardarlo en un bolsillo.*
- ✔ *Resultados exactos y seguros en sólo 12 segundos.*
- ✔ *Con estuche portaequipo antigolpe.*

Accutrend® Alpha viene en su moderno Kit que además incluye:

- *Softclix® con 25 lancetas.*
- *Accutrend® Glucosa 25 tiras.*
- *Práctico estuche portable.*

Un servicio de:

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
Soledad Rojas
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.
Nº 13, Diciembre 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
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
Teniente Ricardo Muñoz

Diabetes y adolescencia una difícil combinación.

Autocontrol es la clave en el cuidado de sus ojos.

En su cumpleaños, coma bien y diviértase pero con algunas precauciones.

Alegría en el campamento Coya '95.

EDITORIAL
Socios Benefactores. 3

TENIENTE RICARDO MUÑOZ
La exigente labor policial y la diabetes se complementan bien gracias a su autodisciplina. 4

UNA REBELDIA SUPERADA
Los adolescentes pasan por etapas de oscilaciones anímicas frente a su diabetes, pero son capaces de superarla. 8

COMENTARIO DE EVA SAXL 13

MENSTRUACION Y DIABETES
Usted puede ajustar el control de la diabetes para evitar alteraciones en la glicemia días antes de su período. 14

AUTOCONTROL EN HOSPITALES
Programa del Ministerio de Salud fomenta responsabilidad de los pacientes en su cuidado. 17

AVANCES EN CIRUGIA DEL OJO
La medicina desarrolla nuevos y mejores equipos para operar cataratas y retinopatía diabética. 19

COMIDA DE ANIVERSARIO
No deje de pasarlo bien si está de fiesta. Pruebe unas recetas especiales para esos momentos. 22

PAGINA DEL LECTOR
Maternidad y diabetes. 27

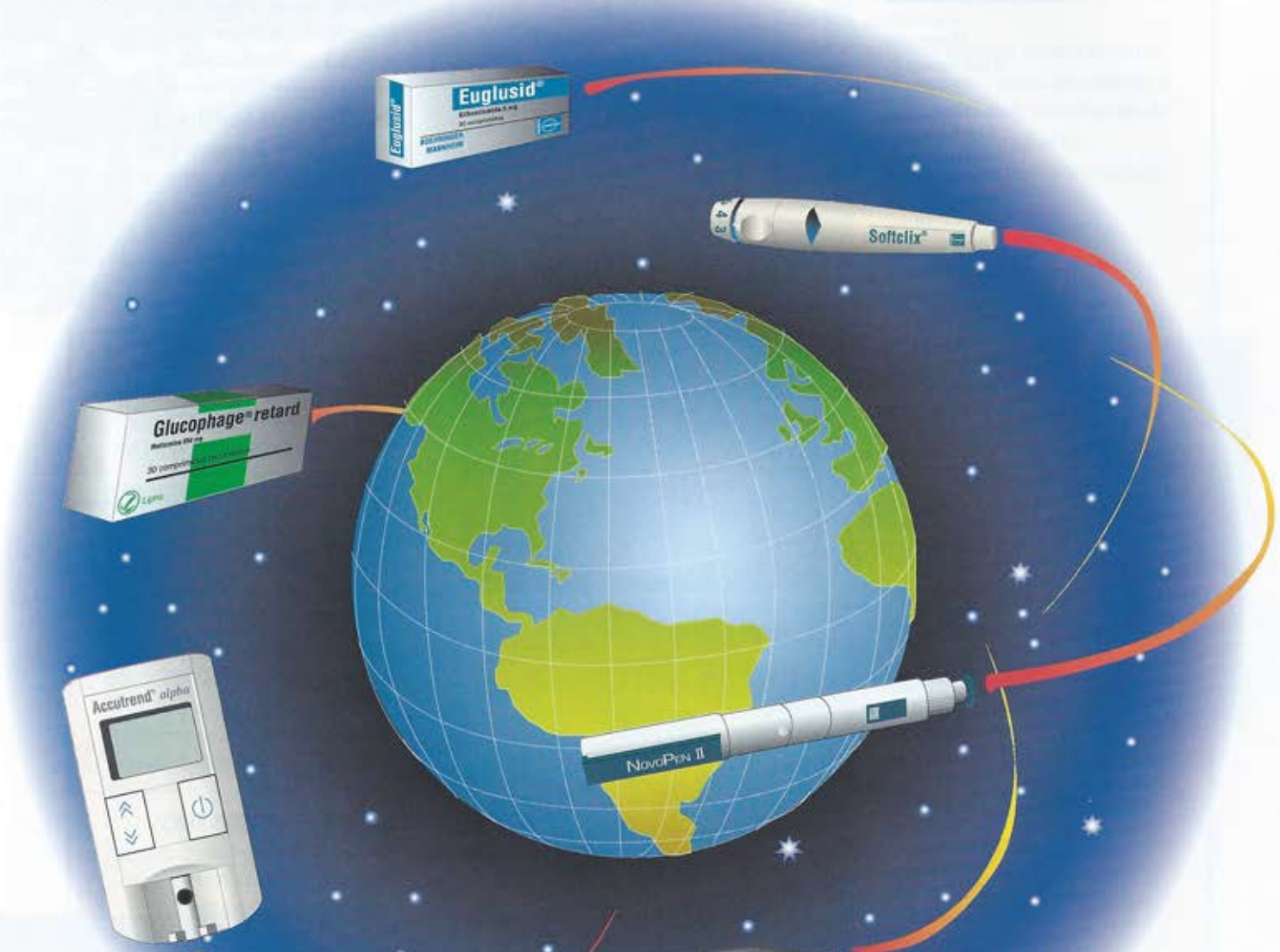
¿DIET, LIGHT O QUE ?
Análisis del Sernac descubre algunos "secretos" de los alimentos dietéticos. 28

DIABETES AL DIA
Para evitar complicaciones renales es bueno mantener la hemoglobina glicosilada baja. Pero exagerar el control tiene riesgos. 33

ACTIVIDADES DE LA FUNDACION 35

Boehringer Mannheim

en el Mundo sabe de Diabetes



Diagnóstico

ACCUTREND® ALPHA
SOFTCLIX
CINTAS REACTIVAS

Terapia

GLUCOPHAGE RETARD
EUGLUSID
INSULINAS HUMANAS
INSULINAS DE ORIGEN ANIMAL
PENFILL

mannheim boehringer

BOEHRINGER MANNHEIM de Chile Ltda.
Los Tres Antonios 119
Ñuñoa - Santiago
Fono: 223 3737
Fax : 223 1141

UNA AYUDA QUE NO PODEMOS POSTERGAR

En Junio de 1988 la Fundación abría tímidamente sus puertas, para recibir y ayudar a todos los diabéticos insulino-dependientes que necesitasen apoyo. Eramos poco más de 40 socios. Hoy día ya pasamos con holgura los 1700. ¡Se dan cuenta! Más de 1700 diabéticos tipo 1 y su grupo familiar. Todo un ejército de personas.

¿Y por qué les comento esto? Porque ahora es necesario recurrir a todos ustedes para sacar adelante un proyecto, tal vez uno de los más relevantes que haya iniciado la Fundación.

Como decíamos en el número anterior, existe en Chile una cantidad muy importante de diabéticos insulino-dependientes que no pueden controlarse, por falta de recursos para comprar las tiras reactivas necesarias para las glicemias. Ya conocen muy bien las consecuencias de esto. Centenares de nuestros diabéticos enfrentarán tarde o temprano las terribles complicaciones con todas sus secuelas: invalidez y ausentismo escolar o laboral.

¿Vamos a dejar que esto ocurra, si cada día que pasan sin control aumenta el daño? Por supuesto que no. Porque la solución la tenemos en buena parte nosotros mismos y somos nosotros los que con nuestro esfuerzo vamos a salir adelante.

Después de todo no se trata de comprar enormes o costosos equipos médicos, sino de conseguir socios benefactores que quieran ayudar a nuestros diabéticos más modestos y financiarles la compra de una caja de tiras reactivas mensual, equivalentes a $7.500

Por este motivo la Fundación con un grupo de voluntarios, se estará comunicando con muchos de ustedes en los próximos días. Tal vez para algunos sea molesto que en momentos de apuro económico les estemos además pidiendo su colaboración, pero habrá otros que puedan inscribirse ya sea ellos mismos o algún familiar, amigo o empresa. O quizás usted puede colaborar, pero por desconocimiento ni siquiera lo llamemos.

Por todas las omisiones u olvidos que se produzcan en esta campaña, desde ya les pedimos disculpas, pero si usted tiene algo que aportar ya sea en contactos, dinero o alguna buena proposición, no vacile en llamarnos. La Fundación nos pertenece a todos.

Nos hemos fijado una primera meta de 500 socios benefactores que ayudarán a otros tantos diabéticos insulino-dependientes, de escasos recursos. Si pensamos que somos más de 1700 socios bastará conque uno de cada tres de nosotros logre un colaborador, para que hayamos cumplido nuestra primera etapa.

Saludos

César Velasco Donoso
Presidente

TENIENTE RICARDO MUÑOZ:

"YO CONTROLO MI DIABETES"

Así lo afirma este joven diabético, quién en tan sólo seis meses ha logrado adaptarse a un nuevo estilo de vida y a su trabajo como teniente de Carabineros. Y le ha resultado tan bien, que la diabetes ya forma parte de su rutina.

Tiene 28 años, es teniente de Carabineros y diabético. A pesar de que parece una extraña combinación dada la rigidez y disciplina del sistema militar, para el teniente Ricardo Muñoz su diabetes no ha sido, en realidad, un obstáculo insalvable.

A Ricardo,en Talca desde enero de este año como jefe de la unidad del OS-7 de esa ciudad, le diagnosticaron la diabetes cuando estaba en Santiago por una lesión, el pasado mes de mayo.

Los comienzos de su enfermedad no fueron distintos de lo que ya se conoce. "Tenía mucha sed -recuerda Ricardo- y orinaba todo el día". El paso siguiente fue la clínica. Sus glicemias sobre 400 lo tuvieron hospitalizado durante 11 días, en los que aprendió "de golpe y porrazo" todo sobre su condición: glicemias, glucosa, insulina y jeringas... entre muchos otros términos. Aunque lo que más le preocupó fueron estas últimas, ya que desde pequeño siempre tuvo cierto temor a las agujas.

De la diabetes poco sabía... sólo el nombre, ya que su papá la tiene, pero no es insulino-dependiente. Y a pesar de que se acercaba a los treinta años cuando se enteró de esta nueva condición que llevaría de por vida, el impacto fue considerable y reconoce que hasta algunas lágrimas derramó. Según relata Ricardo, "al principio me afectó bastante, pero después me di cuenta de que no era una enfermedad tan terrible ni tan limitante, y además sabía que tenía que seguir viviendo". El paso siguiente, entonces, fue acostumbrarse.

A quienes no les fue tan fácil aceptar la idea fue a sus padres, especialmente a la mamá, quien reaccionó con un ataque de llanto y una preocupación que sólo disminuyó cuando empezó a notar que Ricardo se encontraba bien y que podía manejar la situación.

"Lo más importante -cuenta su señora, Pamela Villablanca, con quien se casó hace más de un año- es que lo veíamos a él tan bien y tranquilo que nosotros nos fuimos acostumbrando".

LA VIDA SIGUE IGUAL...

Después de pasada la primera impresión, todo empezó a volver a la

normalidad y los pinchazos en el hospital se transformaron en la tarea de todos los días, actividad a la que Ricardo Muñoz poco se acostumbra. "Como siempre me han dado miedo las agujas, revela Ricardo, todavía tirito cada vez que tengo que pincharme. Preparo todo y cuando llega el momento lo hago lo más rápido posible, para no arrepentirme...".

Con una inyección de insulina diaria en las mañanas y la obligación de hacer seis comidas al día, Ricardo Muñoz volvió a Talca a reintegrarse a sus funciones. Para que supieran como reaccionar en caso de cualquier emergencia, los primeros en enterarse de esta condición fueron sus compañeros de trabajo, los que hoy constituyen sus más fieles aliados y se preocupan por la salud de su teniente, ya que por el trabajo que desempeñan, a veces es difícil mantener los horarios.

En esta etapa a la que debió acostumbrarse, no estuvieron ausentes los "chascarros", especialmente por las características de la unidad para la cual trabaja. Incluso, en una oportunidad casi fue tomado por drogadicto por uno de sus subalternos que recién llegaba a trabajar a la unidad. "Una vez, recordó Ricardo, entró una persona a mi oficina sin golpear y cuando vio que me estaba inyectando casi se fue de espaldas...".

Con la diabetes a cuestas, hace ya seis meses, Ricardo ha aprendido a llevar su condición y a no considerarla su enemiga. Dos glicemias al día lo mantienen informado sobre que está pasando con su nivel de azúcar y el infaltable dulce en el bolsillo de su uniforme de carabinero, lo protegen de una baja de azúcar, en el caso de que se atrasen sus comidas. Porque, si bien su diabetes es estable, tiene tendencia a la baja, de la que se cuida "como hueso santo" para no tener problemas y que siente cuando se aproxima.

Aunque no todo es tan fácil de controlar, ya que los operativos que realiza la unidad -principalmente de control de drogas-, son a cualquier hora y a veces en los momentos más inoportunos. La única complicación que reconoce, eso sí, es cuando debe impartir charlas a alumnos, las que a veces se topan con sus horas de comida. ¿La solución? Dar un recreo de cinco minutos (bien recibido por los alumnos además) y salir a comer algo.

Agradecido del apoyo de su institución

IMPORTANCIA DEL APOYO

Su estricta disciplina heredada desde los primeros días de la Escuela de Carabineros, a la que ingresó en 1985, le ha servido para controlar su diabetes. Este hecho, más la férrea voluntad de su esposa a quien no le gusta cocinar alimentos que hacen

Pamela, su señora, lo acompaña "en todas".

mal a su marido, le ha permitido evitar las descompensaciones producto de los antojos. El buen autocuidado, más una vida dedicada al deporte -fútbol y trote principalmente- lo mantienen en excelente condición física. Y si de repente se sale un poquito de la dieta, también existe una táctica: la más usada es subir escaleras "como loco" para bajar el azúcar. "Lo importante, señala Ricardo, es la perseverancia y aunque uno se salga de la dieta de repente, siempre se debe mantener el control para que no se transforme en un desorden".

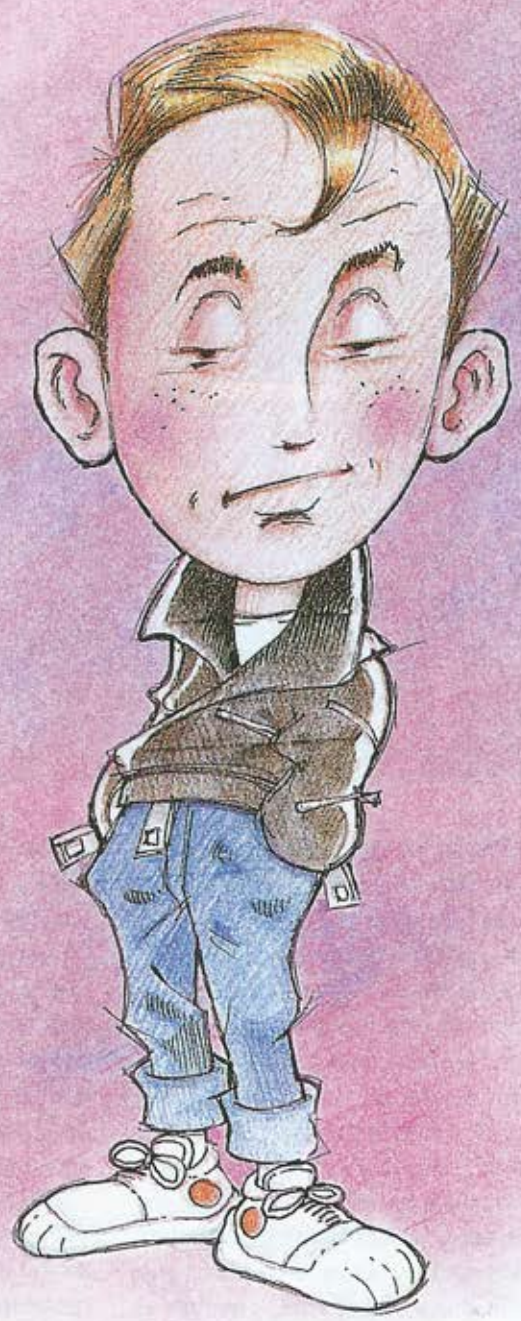
Positivo y agradecido es este Ricardo, principalmente de la institución que lo cobija, la cual le prestó todo el apoyo para enfrentar su enfermedad, incluso con la ayuda de especialistas y la entrega gratuita de insumos que requiere para su cuidado. También de su familia que lo apoya en forma incondicional.

El pilar importante sin embargo, es Pamela su señora, que lo acompaña en todas. Hace dieta con él, se preocupa de sus "bajas" y hasta sube las escaleras si la comida se ha excedido en azúcares.

Y con ella también han discutido más de alguna vez los planes para ampliar la familia. En principio, el temor de que la diabetes fuera un mal hereditario deshizo toda posibilidad de tener hijos, pero ahora cuando tienen la seguridad de que el riesgo es mínimo, se han planteado nuevamente la idea... pero a futuro. Tal vez en unos tres años más, cuando hayan disfrutado un poco más la vida en pareja. Porque ya tienen planes. El primero y más inmediato, recorrer Chile este verano. Ricardo, Pamela y la insulina, su inseparable amiga.

REBELDES, PERO NO TANTO

Adolescencia, diabetes y rebeldía, una combinación que podría resultar explosiva. Sin embargo, los testimonios de jóvenes diabéticos nos demuestran que llegado el momento, son capaces de enfrentar el problema.



Aunque los adelantos en medicina permiten a los diabéticos, en general, llevar una vida prácticamente normal, para nadie es fácil hacerse la idea de que deberá medir la comida durante toda una vida y que la jeringa pasará a ser compañera de muchas jornadas. Si el diagnóstico de la diabetes ocurre durante la adolescencia, etapa en que los jóvenes se plantean muchas dudas sobre ellos y la sociedad, el panorama se hace más difícil.

Por eso, no es extraño que los jóvenes al enterarse de que tienen diabetes -casi siempre de manera sorpresiva-, reaccionan con rabia, miedo y culpa, las cuales van dando paso, en forma paulatina, a una acep-

Psicólogas Claudia Droguett y Monserrat Bilbeny.

Dra. Odette Veit.

tación que se logra después de conocer y entender esta nueva condición. En casos graves, este rechazo puede llegar a una total despreocupación por el autocuidado y las consiguientes descompensaciones que hacen sufrir no sólo al menor, sino que también a su familia.

Porque cuando se diagnostica a un diabético no es sólo él quien tiene diabetes, sino que la familia entera. Así lo postulan las psicólogas Claudia Droguett y Monserrat Bilbeny, quienes realizaron un estudio el año 1992 para conocer como se comportaban las familias que tenían algún miembro diabético. Los resultados mostraron que tanto los jóvenes como su núcleo familiar, pasaban por las mismas etapas desde que recibían la noticia, y que la reacción que tienen los familiares influye decisivamente en el nivel de aceptación que tendrá la persona de su condición.

Pero, ¿qué pasa cuando un joven se entera de que tiene diabetes? "La primera reacción -señala Claudia Droguett- es negar la enfermedad y pensar que a él no le sucede y generalmente se recurre a otro médico con la esperanza de que el diagnóstico sea distinto". La familia también reacciona ante la noticia, encerrándose en sí misma.

Es un shock inicial, explican las especialistas, el que sumado a una etapa de "luna de miel", en que no hay síntomas de la diabetes, hace creer durante un tiempo que el diagnóstico estuvo errado.

"Después de que la persona entiende que realmente tiene diabetes -indica Monserrat Bilbeny- siente rabia, rechazo y culpa y hay una etapa de cuestionamiento en que hace pactos o mandas con el fin de mejorarse".

Sin embargo, la etapa que anuncia que se acerca la aceptación de la diabetes, es la depresión que suelen sentir al darse cuenta que es una condición crónica.

NADA ES TAN TERRIBLE

A pesar de que parece un panorama oscuro y difícil de superar, en la práctica no lo es tanto. Como señala la doctora Odette Veit, diabetóloga de vasta experiencia tratando jóvenes con diabetes, "la adolescencia es un período muy difícil para los jóvenes y cuando reciben la noticia, muchos de ellos se deprimen, sienten rabia, pero no se rebelan al tratamiento".

El problema principal es que en este período, según opinan las psicólogas Droguett y Bilbeny, el joven busca ser igual a sus pares y de esa manera insertarse en la sociedad, y a pesar de que dice querer ser diferente, se viste y actúa como los demás. Por esta razón, el tener que pincharse, respetar horarios y no poder comer lo mismo que sus amigos, lo hace ser distinto al grupo. Además en esta etapa, los jóvenes buscan ser independientes y lograr libertades, permisos para salir y que se les trate como adultos. Al llegar la diabetes, cae sobre ellos un mayor control y se vuelven dependientes de la familia, del médico y del dinero para costear su tratamiento.

Porque vive una etapa de cambios y se trata de una condición crónica, es que el apoyo de la familia se vuelve indispensable. En casos en que la relación familiar ha sido muy estrecha, el joven puede sortear estas etapas hasta llegar a la aceptación, sin que se conviertan en un trastorno.

Asimismo, ciertas características que poseen en este período los hace ser más flexibles al cambio y

adaptarse a esta nueva situación. "Los jóvenes -relata Claudia Droguett- son menos estructurados por lo que pueden aceptar cosas nuevas. Por otra parte, sus amigos tienen la capacidad de ponerse en el lugar del otro y entender qué le sucede a un diabético"

UNA DIABETES ACEPTADA

Aunque por sí sola la adolescencia es una etapa complicada, con o sin diabetes, según los entendidos existen ciertas pautas, que permiten que la diabetes sea vivida sin causar trastornos al joven y que éste aprenda a llevar de manera positiva su condición.

Uno de los elementos que ayuda, a juicio de Odette Veit, es conocer a otras personas de la misma condición, ya que así los jóvenes se sienten iguales a otros y los pinchazos y glicemias pasan a ser parte del diario vivir compartido por todos.

Aunque en realidad, lo que más afecta a los jóvenes no es la insulina, sino que el tener que adaptarse a horarios y a las comidas.

Según Claudia Droguett y Monserrat Bilbeny, los padres tienen mucho que aportar para que sus hijos puedan aceptar en forma gradual este cambio en sus hábitos de vida. "De partida -indican las psicólogas- los padres deben ser flexibles, sobre todo en la dieta y en los horarios, ya que no se trata de imponerles ciertas conductas, sino de que ellos puedan decidir al respecto".

Una actitud clara de los padres frente al hijo diabético y una relación basada en la confianza, son las principales armas conque los padres pueden "combatir" una diabetes en la adolescencia, para que no se transforme en un período dramático y evitar así rebeldías que lleven al hijo a sucesivas descompensaciones, en las que no solo sufre él, sino que la familia entera.

"YA PASO MI EPOCA REBELDE"

Así dice Sandra Naser, de 20 años, estudiante de derecho de la Universidad Andrés Bello. Diabética desde los siete años, en tercero medio del colegio tomó conciencia de lo que era tener diabetes después de pasar cuatro días en la clínica por una hiperglicemia. "Absolutamente provocada por mí -reconoce Sandra-, porque me salté dos inyecciones de insulina y comí de todo". En ese minuto, agrega que se dio cuenta, violentamente, de lo que podía pasar.

Esa época, asegura la futura abogada, fue dejada atrás. Hoy, con sus cuatro inyecciones diarias se preocupa de no estar descompensada y evitar las hipoglicemias. Como medida de precaución, su pololo sabe exactamente qué hacer y hasta la ha pinchado de repente.

Práctica, Sandra lleva a todas partes sus pastillas de glucosa y para ella la diabetes es una forma de vida distinta a los demás. La que no está exenta de anécdotas, como la que ocurrió cuando estaba con un grupo de amigos diabéticos tomando bebidas en un mirador y se acercó un carabinero para realizar un control. "Al escuchar que éramos diabéticos -cuenta Sandra- adoptó un tono paternal, nos contó que su papá también lo era y en vez de retarnos, nos dio un discurso y nos empezó a contar lo que sabía de la diabetes. Al final, de la manera más amable nos pidió que nos fuéramos porque el lugar era peligroso..."

DESORDENADO POR NATURALEZA

Se llama Andrés Dagnino, tiene 18 años y está en tercero medio en el Colegio Extremadura. Aunque su diabetes fue diagnosticada a los cinco mientras vivía en Cabildo, su vida se trastocó durante la adolescencia. Desordenado en sus comidas y horarios, reconoce que a los 14 años, la diabetes le daba "lo mismo".

Un año después, una estadía en el hospital por una descompensación severa lo obligó a cambiar de opinión y empezó a considerar más seriamente el autocuidado, ajustándose a los horarios y pinchándose cuatro veces al día, incluso en clases si el horario así lo dictamina.

De repente "le da lata" esto de tener diabetes, pero son días malos en que se cuestiona todo y que ocurren bien a lo lejos, según dice.

Una diabetes muy inestable -con bajas en las que pierde la conciencia- lo han hecho alertar de su situación a sus amigos, los cuales se preocupan por él y saben reaccionar en caso necesario.

En el verano, paseando por la carretera austral con su hermano y amigos perdió el conocimiento por una baja y el hermano supo de inmediato como actuar. Por eso ahora se lo toma más en serio y se cuida, no se salta comidas y hace deporte. Reconoce que reaccionó tarde, pero se defiende ya que sabe que "más vale tarde que nunca".

LA DIABETES NO ES UN DRAMA

Hace cuatro años que a Andrés Shertzer le diagnosticaron diabetes. Hoy tiene 20 años y estudia ingeniería comercial en la Universidad Andrés Bello. Al principio la noticia le causó mucho miedo, se le vino el mundo encima y pensó que hasta "ahí no más" llegaba. Incluso le decían sus amigos que fuera a una acupunturista por si se le pasaba... Pensó que iba a convertirse en un "nerd", que no podría salir, pero de a poco se acostumbró, aprendió a pincharse con cierto "respeto" por las agujas y a medir sus glicemias.

Hoy hace de todo, sale, pololea, pasa largas jornadas estudiando y se lleva sus elementos a cuestas para pincharse en la noche. Por supuesto, más de alguna vez ha tenido que volver a la

casa porque se llevó la jeringa sola sin la insulina...

Pero no se complica. Dejó su dieta de hamburguesas y papas fritas y ahora se rige por una nueva, más sana y acorde a un diabético. Hace deporte y sale con los amigos, los que lo cuidan bastante. Y no se limita en ninguna de sus actividades. Tanto es así que una vez fue al cine y debió pincharse durante la función, ni siquiera fue al baño, sacó su jeringa y ahí mismo, sin que la persona del lado siquiera lo notara, se inyectó la insulina, para no perderse ni un minuto de película.

ACOSTUMBRARSE ES EL LEMA

Lo que más le ha costado aceptar a Daniela Nazal, de 20 años y estudiante de Psicología de la Universidad Diego Portales, es que con la diabetes debe ajustar sus comidas. Acostumbrada a los chocolates, pasteles y dulces, su nueva condición, diagnosticada en agosto de 1993, le significó dejar de lado sus dulces antojos.

Tuvo la suerte de contar con una amiga diabética que le informó desde el primer día, de qué se trataba la enfermedad y que no era tan terrible. Por eso, la noticia no la afectó tanto como a su mamá, quién le llevó el primer día la máquina para medir las glicemias.

El resto es cuento conocido: medir las comidas no salirse de la dieta, inyectarse cuatro veces al día... "lo único que me incomoda un poco, dice Daniela, son los horarios porque en la universidad es más difícil ser ordenada". Con su glucosa en el bolsillo, se preocupa de evitar las bajas.

La prueba de fuego fue en enero durante los trabajos de verano organizados por la universidad, donde ni la comida ni los horarios la acomodaban. Así todo se las arregló para comer poco, hacer ejercicio y no descompensarse en exceso hasta que llegó a Santiago. Y hasta los pinchazos de insulina debieron adaptarse a la situación: en pleno bus Daniela sacaba su jeringa y se aplicaba la dosis... lo que se prestó hasta para bromas sobre el contenido de la jeringa.

Positiva con su diabetes, Daniela trata de adecuarse a su tratamiento, aunque más de alguna vez se ha salido de la dieta. De todas maneras, la experiencia no ha sido tan dura, sus amigas la cuidan y ya se ha "resignado" a pincharse de por vida, sin complicaciones. Y como de eso se trata, este año volverá a los trabajos de verano, e intentará no descompensarse entre tanta actividad, horarios y comidas cambiadas.

ANTES Y AHORA

Por Eva R. Saxl,
educadora en diabetes

Todos los miembros de nuestra Fundación, cualquiera sea su edad, se están dando cuenta del rápido progreso y de los cambios constantes y sutiles en las actitudes hacia nuestra enfermedad. Lo que sigue no representa una crítica. Se trata sólo de mis observaciones a las cuales reaccioné con sorpresa y, a veces, con diversos grados de desconsuelo. Tenía un gran deseo de ayudar a mis compañeros diabéticos en Chile. Recuerdo mi reunión con un grupo de diabéticos semanas después de mi llegada en la segunda mitad de los años '60. "Relájense" les pedí. Hablaremos de nuestra diabetes. "Los presentes se sentaron más cómodamente, se solazaron y fumaron, encendiendo un cigarillo con la colilla del otro. Molesta y frustrada pedí que abrieran la ventana. El aire frío se llevó la humareda. No me atreví a hablarles del peligro que el fumar representa a todos y en mayor grado al diabético.

Hoy un alto porcentaje de los chilenos ya sabe de este peligro para la salud. Me atrevo ya a explicar que el humo del cigarillo encoge las venas, reduciendo el flujo de sangre que debe pasar al cerebro, a los riñones, a las extremidades. Hoy sabemos también que la retinopatía es causada a veces por falta de oxígeno que no pudo pasar por los vasos encogidos -por haber sido fumador-. En tales casos es el carbono dióxido, en el humo del cigarillo encendido, el factor culpable. Hace ya casi 30 años que mi querido Víctor y yo llegamos a Chile, muriéndose él de un inesperado infarto el tercer día. Mis contactos con los médicos en aquellos días y en estos años, me mostraron la absoluta dependencia y la incuestionable obediencia al profesional, que tenían los muchos diabéticos que conocí por mi trabajo voluntario entre ellos. Esas actitudes me sorprendieron y me preocupaban porque los pacientes dejaban todas las decisiones del manejo al médico sin atreverse a decirle sus propias ideas y opiniones. Los diabéticos pasaban, a veces, varios días en hospitales por no saber como ajustar su estado de hiper o hipoglicemias en casa. No había ninguna persona culpable. El culpable era muchas veces y sigue siéndolo la mala, pobre o hasta inexistente educación en diabetes.

Antes de 1975, un diabético ya algo educado se hacía exámenes de orina en casa cada semana, o en un laboratorio entre uno y tres meses. ¿Cuánto sabían de su umbral renal? ¿Podrían aprender a anotar su glucosuria? Recuerdo, que unos pocos sí anotaban cuidadosamente los resultados. Su médico revisaba con gusto las anotaciones del mes, de dos o tres meses pasados y daba su veredicto. "Aumente tantas unidades o rebaje tantas unidades de su insulina lenta. Coma más. Coma menos". Y eso era todo.

Hoy día, con una mayor educación en diabetes, muchos de nuestros insulino-dependientes toman a diario sus propias decisiones sobre sus dosis de insulina, dieta y ejercicio, dejándole al doctor el control, consejo y guía general de su diabetes. Estemos contentos que la creciente popularidad del autocontrol se está implantando también en Chile.

Esos días especiales

¿Empeora el control de su glicemia justo antes de su período? Tal vez necesite un ajuste en el control de su diabetes.

A pesar de ser conocido como "el flujo" o "estar indispuesta", el sangramiento mensual se acepta como una parte natural de la vida de muchas mujeres. Algunas han llegado a asumir sus cambios en el estado de ánimo y el apetito como parte de su ciclo menstrual.

Asimismo, es posible que enfrente algunos problemas para controlar los niveles de azúcar en la sangre poco antes de su período. Descuide, usted no está sola.

En una encuesta a 200 mujeres con diabetes tipo I, insulinodependiente, el 27% tenía frecuentes hiperglicemias (alto nivel de azúcar en la sangre) y el 12% informó de problemas con hipoglicemias (bajo nivel de azúcar en la sangre) la semana anterior a su período.

Recientes estudios revelan que casi la mitad de las mujeres menores de 45 años que se hospitalizan por cetoacidosis diabética -que ocurre cuando la diabetes está fuera de control- ingresan varios días antes que comiencen su período.

EL CICLO MENSTRUAL

Su ciclo menstrual tiene dos fases: la fase folicular y la fase luteica.

La fase folicular comienza con el primer día de sangramiento ("día uno"). Los niveles de estrógeno y progesterona están en el mínimo durante la primera parte de esa fase. Bajo la influencia de una hormona producida por la glándula pituitaria, llamada Hormona Folículo Estimulante (FSH), la producción de estrógenos del ovario aumenta gradualmente. Esto estimula el desarrollo de un huevo.

A mediados del ciclo, alrededor del día 15, se libera un huevo del ovario (ovulación).

Después de la ovulación comienza la fase luteica del ciclo menstrual y dura de 7 a 14 días. Una segunda hormona de la pituitaria, llamada Hormona Luteinizante (LH), estimula al ovario para aumentar la producción de estrógenos y progesterona. Juntas estas hormonas preparan el interior del útero para la implantación de un huevo fecundado.

Si el embarazo no ocurre, el ovario detiene su producción de estrógenos y progesterona. La menstruación ocurre con la reducción repentina de los niveles de hormonas sexuales y el ciclo se repite nuevamente.

LA DIABETES Y EL CICLO MENSTRUAL

En la fase luteica, los niveles de estrógenos y progesterona son altos. Es durante estos 7 a 14 días antes de la menstruación, cuando algunas mujeres no diabéticas dan indicios de qué es lo que puede estar pasando.

Normalmente la insulina se adhiere a receptores en las superficie de las células. Se activa un sistema de transporte de proteínas que llevan glucosa a las células.

Algunos estudios han demostrado que cuando los niveles de estrógeno y progesterona son altos, esta capacidad de la insulina de unirse a sus receptores en la superficie de las células se modifica. En algunas mujeres mejora y se conoce como un aumento en la sensibilidad de la insulina. Pero más frecuentemente ocurre un descenso en la capacidad de unión de la insulina. A esto se le conoce como resistencia de la insulina o disminución de su sensibilidad.

Pero todavía hay controversia acerca del metabolismo del azúcar durante las diversas fases del ciclo menstrual. Otros estudios no muestran cambios de la glucosa en la sangre en el síndrome pre-menstrual (SPM). Justo antes de su período algunas mujeres experimentan fatiga, irritabilidad, aumento el apetito y ansiedad por comidas saladas y abundantes en carbohidratos.

El efecto de los síntomas premenstruales en el control de la glucosa no se entiende bien. Sin embargo, es fácil imaginar cómo estos síntomas pueden conducir a cambios en la dieta y en los niveles de actividad, que pudieran afectar de modo importante el control de la glucosa en las mujeres diabéticas.

SIGA UN MODELO

No todas las mujeres tienen cambios en su glicemia durante su período. Si usted los tiene puede tomar algunas precauciones.

Lo primero es determinar si el ciclo mensual afecta sus niveles de azúcar en la sangre. Si monitorea su glicemia más de dos veces al día y mantiene buenos registros, entonces va por buen camino.

Revise las anotaciones de sus glicemias de los pasados tres meses y marque el primer día de su período para cada mes. Fíjese en los niveles de glicemia la semana anterior a su período. ¿Ve un cambio? ¿Experimenta reacciones a la insulina más frecuentemente justo antes de su período? Algunas mujeres con un muy buen control han visto aumentar sus niveles de azúcar en la sangre de 50 a 100 mg/dl.

Si no tiene registros, hágalos por dos o tres meses para buscar un patrón mensual de control durante este período.

CUIDESE CADA DIA DEL MES

Para evitar que su ciclo menstrual afecte el manejo de su diabetes, primero trate de controlar los síntomas previos al período.

* Trate de seguir su plan de comidas. Limite la ingesta de sal. Esto ayudará a controlar las alzas de la azúcar en la sangre. Si quiere comidas aliñadas puede agregar pimienta, ajo o pimentón. Además puede disponer de "comida libre" como apio, rabanitos o pepinos para evitar colaciones extras de altas calorías.
* Coma a intervalos regulares tanto como le sea posible. Esto evitará las oscilaciones de la glicemia que además pueden estar sumándose a algunos síntomas emocionales y físicos del Síndrome Pre-Menstrual.
* Limite su consumo de alcohol y café, ya que pueden afectar su glicemia y el estado de ánimo.
* Trate de hacer ejercicio regu-

larmente. Algunas mujeres encuentran que un programa regular ayuda a disminuir las variaciones en el estado de ánimo. Las diabéticas tipo I o II pueden aumentar su actividad durante la semana anterior y eso incrementa la sensibilidad de la insulina, pudiendo así balancear el mayor requerimiento insulínico en ese período.

En el caso de las diabéticas tipo II que se controlan con dieta y ejercicio y que toman o no un hipoglicemiante oral, el cambio de dieta o del programa de ejercicio puede ser suficiente.

Respecto de los cambios en las necesidades de la insulina, converse con su doctor la posibilidad de inyectarse menos unidades los días antes del período, si sus ciclos son regulares. Si no lo son, y tiene vaivenes en su glicemia, entonces puede iniciar una terapia insulínica intensiva con tres o más inyecciones al día, monitoreando su glicemia la misma cantidad de veces.

PILDORAS Y REGULACION DE LA NATALIDAD

Algunas mujeres estiman que los anticonceptivos orales les han ayudado con sus fluctuaciones pre-menstruales en el control de la glucosa. Esto no se ha probado en estudios clínicos grandes y los anticonceptivos orales pueden hacer que la resistencia insulínica se haga peor.

Las píldoras para el control de la natalidad, trabajan inhibiendo las hormonas de la glándula pituitaria, que estimulan al ovario para producir estrógeno y progesterona. La ovulación no tiene lugar por lo que la fase luteica, con sus altos niveles de estrógeno y progesterona, tampoco ocurre.

Hay tres tipo de pastillas para el control de la natalidad. Las del tipo monofásico que tienen una dosis fija de estrógeno y progestina (progesterona sintética); las pastillas trifásicas cuyas dosis de estas dos hormonas varían cada siete días y las que contienen sólo progestina.

Si usted está considerando usar píldoras contraceptivas y quiere una que la ayude a controlar sus alzas pre-menstruales de azúcar en la sangre, debe consultar con su médico el uso de una que corresponda a su metabolismo.

Si usa la píldora:

Chequee su glicemia frecuentemente durante los primeros meses. Algunas mujeres que toman anticonceptivos orales necesitan un pequeño aumento en la dosis de insulina. Los registros de este tiempo ayudarán a decidir este incremento.

Revise su hemoglobina glicosilada, la presión arterial, y niveles de colesterol y triglicéridos tres meses después que inicie el control con la píldora.

Usted tiene 13 períodos al año y debe cuidar cada semana difícil de su ciclo para evitar complicaciones. No acepte las alteraciones como inevitables, el buen control se logra con glicemias constantes y se puede mantener a través de todo el mes.

(Extractado de Diabetes Forecast, julio 1995. Por Mary T. Korytkowski, MD, directora del Centro de Diabetes de Pittsburgh en la Universidad de Pittsburgh.

LOS COSTOS DEL "MAL CONTROL"

Hace tres años, el Ministerio de Salud decidió abordar el problema del control de la diabetes insulino-dependiente.
Además de las razones éticas, el proyecto ofrece al Estado claras ventajas económicas.

Históricamente, el Ministerio de Salud ha estado más preocupado de la diabetes tipo II porque es la más frecuente en la población. Pero desde hace tres años el Estado abordó el tema de los insulino-dependientes con un moderno programa de autocontrol. Además de los fundamentos éticos que lo han acompañado, el proyecto se valida también porque ofrece al fisco claras ventajas económicas.

Diabetes Control consultó a la doctora María Cristina Escobar, jefa del Programa del Adulto del Ministerio de Salud, sobre este valioso plan de prevención.

El Programa de Autocontrol para diabéticos insulino-dependientes nació en 1993, destinado a mejorar el control médico y la calidad de vida de los pacientes. El Ministerio comenzó con la capacitación del equipo responsable del control de los 2.165 ingresados a los 26 servicios de salud del país. Esta estuvo orientada a renovar y homogeneizar criterios sobre el tratamiento y el desarrollo de un programa educativo.

Debido a los recursos limitados y a la novedad de la iniciativa, se establecieron algunos criterios prioritarios para el acceso a los beneficios de este programa. El más importante era la disposición al autocontrol lo que los hace más responsables en el manejo de su enfermedad. Es posible que muchos de ellos se nieguen a pincharse a diario y a llevar un registro de sus resultados, dejando al doctor un papel más paternalista. También fue importante que estuvieran recién diagnosticados, con menos tiempo de enfermedad, sin indicios de complicaciones y menores de 35 años.

Desde el año '93, el programa ha contado con un presupuesto de 35 millones de pesos. El compromiso es el de implementar a los servicios de salud con lanceteros, lancetas y tiras reactivas que, recortadas, alcanzan para efectuar tres glicemias diarias. En eso se van 30 millones; el resto se ocupa para elaborar material educativo para pacientes y médicos. Se calcula que se ha logrado cubrir a un 20% de los insulino-dependientes atendidos por el sistema de salud pública.

Así como la diabetes adulta es potencialmente muy prevenible, si

Dra. María Cristina Escobar.

cambiamos básicamente nuestros sistemas de vida y alimentación, las complicaciones de la diabetes juvenil también se pueden evitar con un buen autocontrol. Y esto al Ministerio de Salud le importa. En definitiva, una diabetes mal controlada implica en el peor de los casos, la invalidez. Y una persona inválida en edad productiva, daño renal o ceguera por ejemplo, pasa a ser una carga para el Estado y deja de producir para otras personas. Aún sin invalidez, el costo de una diálisis o un tratamiento láser será siempre superior.

Por ejemplo, una persona que se dializa por lo menos tres veces a la semana le cuesta al fisco medio millón de pesos al mes y seis millones al año. Esto desde el punto de vista estrictamente financiero, pero además por razones éticas muy importantes el Ministerio sabe que existen los medios técnicos y educativos, que contribuyen a prevenir las complicaciones y permiten al diabético llevar una vida prácticamente normal. Asimismo parte importante de los beneficiados del sistema de salud que controlan su diabetes en los hospitales, pertenecen a sectores indigentes o de bajísimos recursos.

Dentro de las necesidades presupuestarias del programa de autocontrol no están incluidos los temas de investigación. En cuanto a la evaluación del programa, el ministerio deja esta responsabilidad a los canales de comunicación que mantiene con los servicios de salud y a la evaluación anual que hasta el momento no arroja resultados concluyentes.

Para medir la eficacia del proyecto, el Ministerio debió incorporar la hemoglobina glicosilada, un indicador que permite observar el comportamiento de las glicemias en un tiempo prolongado (3 a 4 meses). Este tipo de examen permite sacar conclusiones a más corto plazo, puesto que no se pueden esperar quince años para establecer resultados. Es necesario monitorear constante y sistemáticamente el trabajo de los propios pacientes, para realizar un pronóstico medianamente certero.

Sin embargo, algunas de las cosas en limpio que ha sacado el Ministerio, es que partieron de cero y hoy tienen 469 personas inscritas en el Programa de Autocontrol.

Otra de las cosas claras es que, a pesar de ser un proyecto altamente innovador que incorpora al paciente en el tratamiento activo de su enfermedad, éste implica una inversión a largo plazo que conlleva además, razones de tipo moral. Chile posee la capacidad profesional e instructiva para llevar a cabo una propuesta de estas características y aplicarlas en la atención primaria.

De esta forma, la meta del año '96 será incorporar al 100% de los insulino-dependientes beneficiarios del sistema de salud pública. O por lo menos, a la totalidad de los diabéticos que estén dispuestos a manejar su enfermedad.

El Ministerio pedirá el próximo año que sean los servicios de salud los que presenten sus necesidades presupuestarias, de acuerdo con el protocolo que determina el programa y considerando un monto disponible de 80 millones de pesos.

Por su parte, los equipos de trabajo responsables de los pacientes diabéticos, deben asumir el rol educativo que requiere este programa.

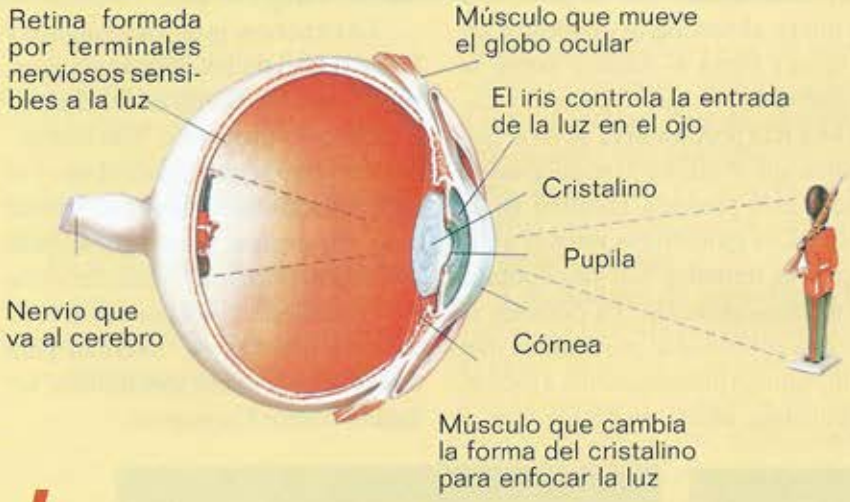
A partir del crecimiento del Programa Autocontrol, son también los pacientes los que deben aceptar ciertos cambios en sus hábitos que, sin duda, beneficiarán su salud.

La idea es que las personas insulino-dependientes sean sus propio doctores las 24 horas del día. A la larga, tendrían que saber mucho más de diabetes que su propio especialista.

OJO CON SU VISTA

• Hoy se dispone de complejos equipos de microcirugía para operar cataratas y retinopatía diabética.

• Pero los médicos indican que siempre el mejor tratamiento es el autocontrol antes que llegar a una intervención.



Los ojos son un motivo de gran preocupación para la medicina moderna. Durante la última década se han presentado notables avances en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que los pueden afectar.

Cada 4 ó 5 años aparecen nuevas versiones de sofisticados equipos clínicos de intervención y apoyo. La cirugía puede aplicarse en etapas más tempranas y tiene más capacidad para resolver problemas. Todo con un mismo fin: evitar una pérdida de la visión.

Y aunque estos nuevos avances pueden ofrecer una mejoría visual de hasta un 70% de los ojos que hace unos años estaban irremediablemente perdidos, en el caso de la diabetes nada puede reemplazar el beneficio que genera un buen control, para prevenir alteraciones graves en la retina.

Los diabéticos insulino-dependiente deben controlarse constantemente sus ojos a partir del 4º ó 5º año de diabetes y los diabéticos tipo II, inmediatamente después del diagnóstico, pues no se sabe cuanto tiempo antes comenzaron sus problemas de visión.

Las principales enfermedades que afectan el ojo del diabético son las cataratas y la retinopatía diabética. La primera afección es recuperable, según el grado de daño de la retina y la segunda se puede detener, dependiendo, entre otros factores, de la antigüedad de la diabetes.

CATARATA: UN CRISTALINO RECUPERABLE

La catarata consiste en la opacificación total del cristalino que se pone de color blanco lechoso y produce ceguera bilateral. Así el ojo no puede enfocar bien porque este lente normalmente transparente (cristalino) está opacado y no coopera con la córnea en el enfoque de las imágenes.

El médico oftalmólogo Cristián Carpentier, de la Fundación Oftalmológica Los Andes, señala que en los jóvenes la catarata diabética propiamente tal es rara de ver. "Se presenta en diabéticos juveniles mal controlados. Lo habitual es que las cataratas sean de tipo senil, pero a menor edad y más frecuentemente que en los no diabéticos".

Hoy día la resolución quirúrgica de las cataratas es excelente y el pronóstico visual de estos pacientes está condicionado por el avance del problema retinal que tengan.

EL PROGRESIVO DAÑO A LA RETINA

La antigüedad de la diabetes, el tipo de cuidado que se otorga al paciente, el estado de sus riñones, entre otros factores, favorecen el desarrollo de alteraciones en la retina. Estos desórdenes se conocen como retinopatía diabética (RD), que en sus grados más severos llega a ser una de las causas más importantes de ceguera en occidente, señala el doctor Carpentier.

Cuando un diabético comienza a perder la función de su retina, es porque los capilares (vasos sanguíneos finísimos por donde pasan los glóbulos rojos dando origen a la

oxigenación y nutrientes) se están alterando en esa zona de retina. Esto genera una seria de mecanismos compensatorios, como la creación de nuevos vasos sanguíneos anormales que buscan irrigar la retina que está presentando problemas. Estos capilares son de mala calidad y muy sensibles, ya que se rompen y provocan hemorragias al interior del ojo y de la retina.

La RD tiene tres etapas de desarrollo que afectan a la visión. La primera corresponde a una preproliferante, donde todas las alteraciones observadas están confinadas dentro de la retina, sin sobrepasar la limitante interna de ésta. En este caso el mejor tratamiento es el buen control metabólico del paciente.

La segunda se denomina RD proliferante. Aquí los nuevos vasos sanguíneos creados para irrigar la retina, luego de la obstrucción de los originales, empiezan a crecer hacia afuera de la retina, en el vítreo.

En una situación así, el control metabólico no es suficiente y debe aplicarse rayo láser para evitar una complicación más avanzada de la enfermedad. Esta es la tercera etapa, RD avanzada, que se manifiesta en una hemorragia vítrea mayor, el desprendimiento de la retina y una proliferación vascular severa. El láser no es suficiente y hay que realizar una cirugía, la vitrectomía, que consiste en la remoción del gel vítreo que está con sangre o membranas.

Los pacientes mal cuidados y con más años de diabetes tiene mayor daño renal, son hipertensos arteriales y pueden tener afecciones oculares serias.

El oftalmólogo Cristián Carpentier señala que "la presencia de micro albuminaria (albúmina en la orina) alerta al médico sobre la probabilidad de que el paciente tenga una RD proliferativa severa. Sabemos que lo que está pasando en su riñón, está pasando también en la retina. Los glomérulos renales y los capilares retinales son susceptibles de un daño parecido. La diabetes al ser una enfermedad metabólica que compromete prácticamente a todo el organismo, afecta en forma más o menos pareja a ciertos órganos blandos que son susceptibles de su daño.

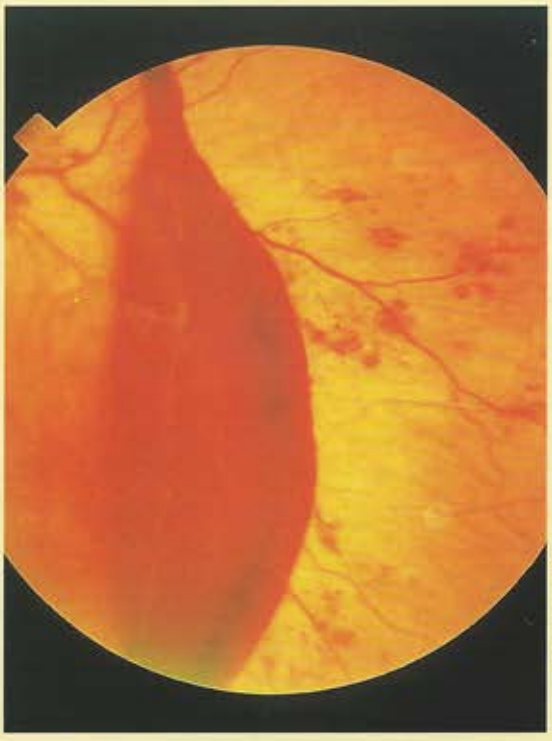
NUEVAS TECNICAS, MEJORES RESULTADOS

TRATAMIENTO DE LAS CATARATAS

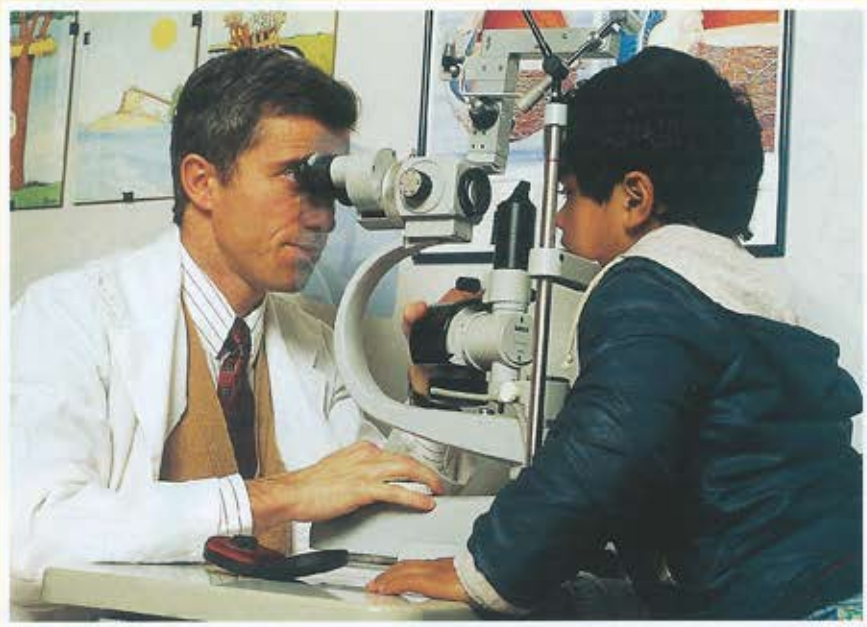
La catarata tiene una solución casi 100% efectiva con una técnica de ultra sonido llamada la facoemulsificación, que permite operar cataratas en espacios muy pequeños. Mediante incisiones de 3 a 5 milímetros, se saca el cristalino (faco) y con ultrasonido se emulsifica, disuelve y se aspira su contenido. Luego se pone un lente.

La experiencia de los cirujanos y la capacidad de los nuevos equipos, son aliados eficientes en la rehabilitación de los pacientes. "Las incisiones son muy seguras para el ojo y el paciente a los dos días ya está viendo bien. En general estas operaciones son ambulatorias, de corta duración y con anestesia local, pero en el caso de los diabéticos se internan para mantener su control metabólico, señala el doctor Carpentier.

Fondo de ojo normal



Hemorragia en vítreo tapa parcialmente la retina



Los facoemulsificadores son equipos de microcirugía extraordinariamente precisos, cuya renovación tecnológica permite instalar lentes intraoculares cada vez más pequeños.

Estas operaciones con ultrasonido se hacen por más de 20 años en otras partes del mundo, pero en Chile se practican desde hace 5 años.

TRATAMIENTO SEGÚN TIPO DE RETINOPATÍA

El tratamiento de retinopatía diabética es distinto, según el estado de avance del daño retinal que tenga el diabético.

Cuando la afección es menor y se mantiene en la retina (RD preproliferante), el mejor tratamiento es un estricto control metabólico, el que también debe efectuarse aunque ya está con una RD avanzada. "Es necesario insistir en el autocuidado, el control de la presión arterial y el funcionamiento de los riñones", señala el doctor Carpentier.

Si la RD ya es proliferante con crecimiento de vasos sanguíneos hacia afuera de la retina, entonces se aplica la fotocoagulación con rayos láser. Esta luz, aplicada en cientos de disparos, atraviesa todas las capas transparentes del ojo y actúa sobre ciertas estructuras, como el epitelio pigmentario, que la absorben provocando una pequeña quemadura. Esto evita el desarrollo de nuevos vasos sanguíneos y ayuda a oxigenar la retina.

Los equipos de rayos láser, de argón, se han ido masificando en el país. "Hace 10 años había dos y hoy existen por lo menos 20, distribuidos entre los principales hospitales del país", dice Carpentier. Agrega que en fotocoagulación con láser hay más experiencia en el uso, se elige mejor el momento para cauterizar y se optimiza mucho más la técnica".

En el caso de la RD avanzada, cuando hay mayores alteraciones visuales ya sea por hemorragia del vítreo, desprendimiento de la retina tradicional o por proliferación neovascular severa, se realiza una vitrectomía. Esta es una operación con microscopio, en la cual se remueve todo el gel vítreo y se elimina el soporte sobre el que pueden crecer nuevos vasos sanguíneos retinales. Se trabaja al interior del ojo, se limpia, corta y se reubica la retina. También se puede aplicar fotocoagulación con láser, para coagular tejidos si la retina no ha sido tratada antes.

Los vitrectores para realizar esta cirugía de alta complejidad ya están en el país y son equipos muy complejos que requieren experiencia médica para optimizar su uso.

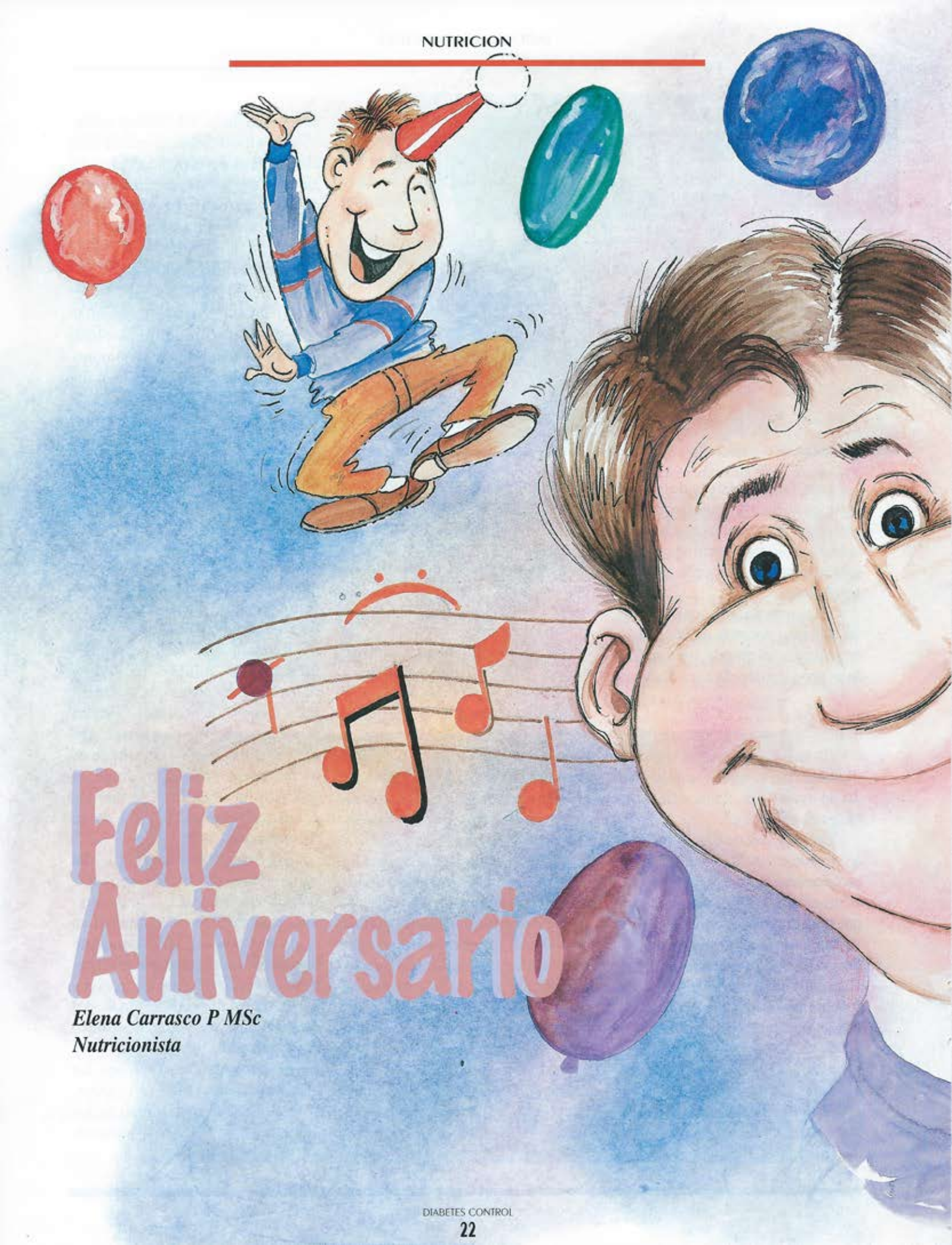
MAYORES BENEFICIOS PARA EL PACIENTE

El doctor Cristián Carpentier cree que en estos últimos cinco años se han experimentado importantes cambios que benefician directamente a los pacientes.

"Ahora hay suficiente experiencia para, por un lado, indicar mejor el momento del tratamiento y por otro, contar con técnicas más eficientes. Antes yo proponía a los diabéticos entre un 40 ó 50% de posibilidades de solucionar su problema oftalmológico. Hoy podemos hablar de un 80 a 85% de probabilidad de éxito, siempre y cuando tenga un buen control metabólico.

Recuerda que las operaciones iniciales eran "cirugías heroicas" y se usaban para casos que se sabían poco menos que perdidos. "Hoy se procede en casos que no están tan mal, con los cuales el resultado es extremadamente mejor desde el punto de vista de la visión de los pacientes y la satisfacción de su recuperación".

Si bien existe tecnología de alta complejidad que puede ayudar a solucionar problemas, los resultados serán mejores si se intensifica el propio control. El tratamiento básico para disminuir los desórdenes oculares es el chequeo inicial y periódico y el buen cuidado del metabolismo mediante el control de la glicemia, presión arterial y funcionamiento de los riñones. La medicina se preocupa de avanzar, pero el cuidado metabólico de los diabéticos sigue siendo un elemento fundamental.



Feliz Aniversario

Elena Carrasco P MSc
Nutricionista

Si está de aniversario de bodas o es su cumpleaños, seguramente tendrá ganas de celebrarlo, ya sea saliendo a comer a algún restaurant o invitando a su casa a un grupo de amigos.

¡Y mi diabetes! Muy bien, gracias. No deje que ésta interfiera en su celebración. Después de todo una de las claves para cuidarse de la diabetes, es tener la capacidad de dar flexibilidad a las comidas, sin abandonar el régimen.

Para eso debe saber los intercambios de alimentos, de manera de consumir la cuota de hidratos de carbono que tiene indicado. Puede probar diferentes tipos de preparaciones, de verduras, carnes, condimentos, y comer fuera de casa, las veces que lo desee.

Si va a celebrarlo en un restaurant, todo lo que debe hacer es tener sentido común y criterio para elegir la comida. La siguiente guía puede ayudarle:

1. Conocer su plan de alimentación. Saber cómo y en qué cantidad reemplazar un alimento por otro.
2. Observar el tamaño de las porciones. Si el tamaño es muy grande para su plan de alimentación, divídalo por la mitad, déjelo en el plato o pida una caja especial para llevárselo a casa. Es más importante cuidar la diabetes que dejar el plato vacío.
3. Pregunte cómo están cocinados los alimentos. Seleccione las carnes blancas o rojas "magras". Prefiera aquellas preparadas a la plancha o "grillet", acompañadas de verduras. No seleccione las carnes "apanadas" o en su defecto, desprenda lo apanado.
4. Recuerde que los alimentos, así como los aderezos de ensalada, son servidos en pocillos por lo que usted puede controlar la cantidad a usar.
5. Como usa insulina, recuerde que debe comer a las horas indicadas según el esquema de inyección que tenga. Si va a concurrir a una comida tipo 10 de la noche, antes de salir de su casa consuma la colación que tiene a las 22 ó 22:30 horas., y así no tendrá hipoglicemia al retrasar la hora de comida.
6. Seleccione bebidas diet. Si desea tomar aperitivo, prefiera un vaso de vino. No beba en exceso, puede provocarle una hipoglicemia grave. Además es un gran aportador de calorías. Nunca beba en ayunas o después de un ejercicio extenuante. Beba sólo si su diabetes está controlada.
7. Después de comer, camine, baile, eso permite quemar calorías.
8. Prefiera un restaurant en que esté familiarizado con el menú, le será más fácil seleccionar.
9. De postre, elija fruta natural o ensalada de fruta, en vez de postres preparados que contienen azúcar o macedonia a la que le añaden azúcar.

Y si decide celebrar en casa, en las próximas páginas le entregamos apetitosas recetas para preparar una comida inolvidable.

ALCOHOL

Consumir moderadamente
1-2 unidades una o dos veces por semana.

1 unidad de alcohol (90 calorías)	=
1 vaso de vino	120 cc
1 shop (cerveza)	330 cc
1 licor	35 cc

Recetas de

CEBICHE

Para 1 persona

INGREDIENTES

250 gr. de filete de corvina o lenguado
limón de pica (de preferencia)
pimienta negra, sal
20 cc de aceite
100 gr. de papas
condimentos

PREPARACION

Cortar el pescado en trocitos pequeños, dejar en jugo de limón 20 a 30 minutos. Agregar pimienta, sal y aceite, perejil.

Cebolla o pebre es optativo. Servir con las papas en rebanadas.

APORTE NUTRITIVO
(por plato)

Proteínas	50 gr.
Hidratos de Carbono	20 gr.
Lípidos	25 gr.
Calorías	480

MEDALLONES DE CARNE

Para 6 personas

INGREDIENTES

6 medallones de filete o lomo de 150 gr. c/u
paprika, sal
2 cdas. margarina
2 cdas. aceite
6 rebanadas de pan de molde
aceite para freir
100 gr. de champiñones
1 cda. aceite
9 fondos de alcachofas
6 papas cocidas

SALSA

1 tableta de caldo
1 taza de agua caliente
2 cdas. de cognac
1 cda. de jerez
1 cdta. de chuño
2 cdas. de crema fresca

PREPARACION

Prepare la salsa diluyendo la tableta de caldo en el agua, añada el oporto, jerez y el chuño disuelto en un poco de agua fría. Deje hervir un minuto, añada la crema y mezcle bien.

Salte los trozos de carne con paprika y sal en margarina mezclada con aceite a fuego moderado, dando vuelta dos o tres veces para que se cocinen parejos, quedando al centro rosados.

Fría las rebanadas de pan en margarina. Sirva cada medallón sobre el pan frito, colocando encima las rebanadas de champiñones saltados, bañados con la salsa y acompañados con los fondos de alcachofas saltados en aceite y las papas.

APORTE NUTRITIVO
(por plato)

Proteínas	38 gr.
Hidratos de Carbono	33 gr.
Lípidos	17 gr.
Calorías	437

Aniversario

POLLO A LA DERBY

Para 6 personas

INGREDIENTES

3 pechugas de pollo (450 gr.)
1/3 taza de arroz, sal
1 cda. de margarina
1/2 tableta de caldo
2 sobres de salsa de carne
4 cdas. de jerez
2 cdas. de oporto
200 gr. de panitas de ave
200 gr. de champiñones
1 rebanada de panceta o tocino (30 gr.)
2 cdas. de margarina
4 rebanadas de pan de molde
Aceite para freir

PREPARACION

Limpie y sazone el pollo. Salte el arroz en la cucharada de margarina. Añada 2/3 de agua caliente con el cubo de caldo. Tape y deje cocinar a fuego lento por 8 minutos.

Disuelva el sobre de salsa de carne en una taza de agua fría, mezclando con el jerez y una cda. de oporto. Añada las panitas limpias y deje cocer tapado 8 minutos, revolviendo de vez en cuando.

Agregue el arroz, los champiñones lavados y picados, 1/4 de taza de panitas y 2 cdas. de salsa de carne. Mezcle bien y agregue al pollo. Agregue la panceta y deje cocer a fuego lento . Cuando esté cocido, agregue el resto de la salsa de carne, mezclando con oporto y jerez. Añada los champiñones.

Fría las rebanadas de pan en un poco de aceite, divida las panitas en dos rebanadas y dispóngalas sobre el pan.

Sirva el pollo trozado, bañado con la salsa.

APORTE NUTRITIVO
(por plato)

Proteínas	23	grs.
Hidratos de Carbono	15	grs.
Lípidos	23	grs.
Calorías	359	

OMELETTE DE MANZANAS

Para 6 personas

INGREDIENTES OMELETTE

6 huevos
2 cdas. almendras molidas
2 cdas. de crema de leche
1 pizca de sal
2 cdtas. de margarina

RELLENO

3 manzanas peladas cocidas
endulzante a gusto
2 cdas. almendras picadas
2 cdas. de cognac
Aspartarme en polvo
para espolvorear

PREPARACION

Cueza las manzanas y dele punto a fuego suave, agregue el endulzante. Prepare el relleno mezclando 4 cdas. colmadas de este dulce de manzanas, con las almendras picadas y remojadas con el cognac.

Bata las yemas con las almendras molidas, el endulzante, la crema de leche y la sal. Incorpore suavemente las claras batidas a nieve. Separe la mezcla en dos y haga dos omelettes, coloque la mitad en el centro de cada uno ayudándose con una espátula y tratando de enrollarla, dejando cuajar unos minutos más.

Retire las omelettes y colóquelas en una fuente (precalentada). Espolvoree con aspartame en polvo y queme con un alambre caliente para decorar. Sirva tibia inmediatamente.

APORTE NUTRITIVO

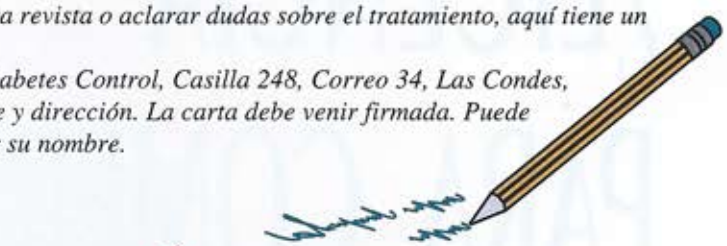
(por persona)

Proteínas	7 gr.
Hidratos de Carbono	12 gr.
Lípidos	12 gr.
Calorías	184

Página del Lector

Si usted quiere compartir alguna experiencia sobre su diabetes, comentar algún artículo de esta revista 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.



Sr. César Velasco
Presidente
Fundación Diabetes Juvenil de Chile
Casilla 248. Correo 34
Las Condes

Estimado amigo:

He leído con sumo interés, como lo hago siempre, el último número de la revista de la Fundación Diabetes Juvenil de Chile, que Ud. preside con tanta dedicación, esfuerzo y brillo.

La inmejorable calidad y seriedad de la revista constituye a no dudarlo, una fuente educativa para las personas con diabetes, que deben encontrar en sus páginas verdades totales y no a medias, las que podrían inducir a errores de graves consecuencias.

Este preámbulo tiene relación con el artículo central y más destacado de la publicación de Agosto pasado: "Diabetes y Embarazo. Los seis niños de Carolina", donde se señala y ejemplariza, como algo positivo, el elevado número de hijos de la Sra. Carolina, pese a presentar una diabetes insulino-dependiente de varios años de evolución.

No es simple tocar el tema de por sí complejo, en el cual inciden posiciones filosóficas y de creencias religiosas, que son privativas de cada cual y en particular del seno del matrimonio mismo. Por ello al suscrito, en su doble situación de médico y católico, lo más fácil habría sido hacer ojos ciegos a este artículo y tomar el camino cómodo del silencio y no entrar a un debate que a algunos pudiera molestar.

Sin embargo, no puedo eludir mi responsabilidad de médico, ya que la experiencia mundial avalada por innumerables publicaciones científicas, recomienda que la madre diabética limite el número de hijos, de preferencia a dos, a objeto de prevenir al máximo el desarrollo en ella de complicaciones crónicas de la enfermedad.

La familia Valdés-Vicuña, a la luz del artículo que comento, es un hermoso ejemplo de núcleo social férreamente constituido, de arraigada fe católica; pero puede ser un riesgoso camino para aquellas jóvenes diabéticas que inician su vida matrimonial y pudieran creer que el número de hijos es independiente del futuro de la enfermedad.

Creo que todos estaremos de acuerdo en que es preferible una madre, sana que cuide a un escaso número de hijos y vea crecer con alegría sus nietos, que una madre limitada por complicaciones que debieran evitarse.

En medicina debemos actuar racionalmente, sobre bases científicas y experiencias demostradas, dejando a Dios lo que es a Dios y al César lo que es del César.

Saluda muy atentamente a Ud.

Dr. Manuel García de los Ríos A.

ALIMENTOS DIETETICOS

¿LICENCIA PARA COMER?

La aparición en el mercado de una serie de productos "diet", "light" o "bajos en calorías" ha creado una confusión en el consumidor, quien muchas veces cree que son una fórmula mágica para bajar de peso o una licencia para comer sin límites ni riesgos. Es decir, una especie de cómodo compromiso entre salud, figura y gula para disfrutar el placer gastronómico sin consecuencias.

De acuerdo a una encuesta realizada por Sernac en 1992, en 9 supermercados de Santiago, un 42% de dueñas de casa había comprado al menos un producto dietético en el mes, siendo los preferidos las margarinas, bebidas, mayonesas, yogur y refrescos. Las razones para su consumo se fundamentaban en que tienen pocas calorías y se consideran más sanos; también por motivos de salud, especialmente en casos de diabetes y colesterol alto, y para bajar de peso o mantenerse en forma.

Para algunos expertos, el creciente consumo de alimentos "diet" es, en buena parte, resultado de un marketing seductor que opera con el mundo imaginario de los consumidores: al compás de la moda, se impone un estilo de vida "light" en el que predominan los valores de juventud, hedonismo, salud y placer, evitando lo pesado, denso o graso y donde, al fin, todo se reduce, menos los precios.

Lo primero que habría que aclarar es que **alimentos dietéticos son todos aquéllos formulados con un propósito nutricional específico:** alimentos bajos en sal, sin azúcar, isocalóricos (con las mismas calorías de una dieta normal, pero con nada de hidratos de carbono), ali-

mentos para celíacos e hipocalóricos, entre otros. Es decir, facilitan la ingesta en personas afectadas por exceso de colesterol, diabetes, hipertensión u obesidad y que necesariamente deben reducir el consumo de ciertas grasas, azúcar, sal y calorías o proteínas.

En el mercado, los dietéticos que abundan son los "bajos en calorías", "light" o "diet" y los alimentos para diabéticos. Respecto de los primeros, debemos destacar que la "fórmula hipocalórica" se utiliza principalmente para alimentos que, por su naturaleza, son altamente energéticos. En consecuencia, su versión "light" reduce, pero no elimina las calorías. En relación a los formulados para diabéticos, hay que advertir que el hecho de no contener azúcar no implica necesariamente - como veremos más adelante- que sean bajos en calorías.

PARA DIABETICOS

La característica esencial de estos productos es que sustituyen los azúcares que contienen los alimentos normales por edulcorantes no calóricos o fructosa. Ello, en consideración a que los diabéticos no son capaces de metabolizar la glucosa ni el azúcar común o sacarosa, por falta de insulina.

Los edulcorantes no calóricos más usados son la sacarina y el ciclamato, entre los artificiales, y el aspartame, conocido en el mercado como Nutrasweet, entre los naturales. En estos casos, el valor energético del alimento disminuye proporcionalmente en relación a la cantidad de azúcar sustituido, ya que estos edulcorantes aportan poco o nada de calorías. Por este motivo, estos alimentos sirven también para regímenes destinados a controlar el peso corporal.

Sin embargo, en muchos casos se utilizan elementos de relleno para reemplazar el peso y el volumen que normalmente ocupa el azúcar. Por ejemplo, el sorbitol y otros polialcoholes que tienen tantas calorías como el azúcar (4 Kcal.

MARGARINAS DIETETICAS

MARCA	POTE	PAN	ORIGEN del ACEITE	KCAL./100 g. MARGARINA DIETETICA	KCAL./100 g. MARGARINA CORRIENTE (2)	% MENOS DE CALORIAS
Bonella	X		Vegetal	360	740	51
		X	Vegetal	540	740	27
Superior	X		Vegetal	350	740	53
		X	Vegetal	480	740	35
Sureña	X		Animal y vegetal	550	740	26
		X	Animal y vegetal	580	740	22
Dorina	X		Animal y vegetal	No hay información	740	-
		X	Animal y vegetal	455(1)	740	39

(1) de acuerdo a estudio de Sernac de 1994.

(2) Se usó la referencia de 740 Kcal./100 g. debido a que es la que aparece como tal en los envases de Bonella y Superior, aunque el promedio de las margarinas es de 697 Kcal./100 g. y el de la mantequilla es de 729 Kcal./100 g.

MERMELADAS DIETETICAS

MARCA	EDULCORANTES DECLARADOS	APTO para DIABETICOS	KCAL por PORCION de ALIMENTO (10g.) DIETETICO	CORRIENTE (1)	%MENOS de KCAL en ALIMENTO DIETETICO
Malloa	Azúcar/sacarina	No	16	20	20
Wasil	Azúcar/sacarina/ciclamato	No	14,5	20	27,5
Watt's (bolsa)	Azúcar/aspartame	No	15	20	25
Watt's (frasco)	Azúcar/sacarina/ciclamato	No	15	20	25
Stein	Fructosa/sacarina	Sí	-	20	-
Ecovida (2)	Fructosa	Sí	11	20	45

(1) Cifra de referencia que corresponde a la Tabla de Composición de Alimentos Chilenos.
(2) Llama la atención las bajas calorías que declara, considerando que no utiliza edulcorantes artificiales.

por gramo). Así, el contenido energético resulta más o menos similar al del alimento tradicional, por lo cual es apto para diabéticos pero no para regímenes para adelgazar.

Ultimamente están saliendo al mercado otros elementos de relleno con menos calorías, como el lactitol, el maltitol (ambos con 2 Kcal./gr.) y la polidextrosa (1 Kcal./gr.), entre otros. En estos casos, el alimento tendrá menos calorías que el producto no dietético.

Por otra parte, cuando el azúcar es reemplazado por fructosa, el contenido calórico también puede ser menor. La fructosa, aunque tiene tantas calorías como el azúcar, es 1,7 veces más dulce y, por tanto, suele usarse en menor cantidad. Esta disminución de calorías, sin embargo, sólo se cumplirá si no se compensa el peso del alimento con elementos de relleno igualmente energéticos.

En síntesis: cuando un alimento tiene la rotulación "no contiene azúcar", significa que es apto para diabéticos, pero no necesariamente para regímenes de adelgazamiento. Los alimentos sin azúcar no siempre son bajos en calorías.

"DIET", "LIGHT" O "BAJOS EN CALORIAS"

Este tipo de producto está formulado específicamente para reducir el aporte calórico de alimentos altamente energéticos mediante la sustitución de algunos de sus ingredientes. Un alimento hipocalórico es aquél que tiene como mínimo un 25% menos de calorías que posee el alimento original.

Entre los alimentos "diet" hay algunos, como jugos y bebidas, que efectivamente no contienen calorías. Otros, sin embargo, sólo aportan menos que los tradicionales. Este es el caso de los helados, mayonesas, cremas y margarinas que, si no se consumen con moderación, pueden hacer fracasar la dieta.

La reducción de calorías en alimentos "light" se logra sustituyendo los azúcares por edulcorantes de alto

REFRESCOS DIETETICOS

MARCA	EDULCORANTES DECLARADOS	APTO para DIABETICOS	KCAL por 200 cc. de ALIMENTO DIETETICO	CORRIENTE	% MENOS DE KCAL. ALIMENTO DIETETICO (1)
Royal	No especifica	Sí	2,4	24	90
Ambrosoli	Sacarina/ciclamato	Sí	4,0	24	83
Yupi	No especifica	Sí	4,0	24	83
Zuko	Sacarina/ciclamato	Sí	13,0	36	64
Tang	No especifica	Sí	12,0	36	67
Regimel	Fructosa/sacarina/ciclamato	Sí	8,8	36	76
Ecovida	Fructosa/aspartame	Sí	11,6	36	68

(1) Las cifras 24 y 36 Kcal por 200 cc., fueron calculadas sobre la base de los promedios de los equivalentes corrientes en envases de 30 y 45 gramos, respectivamente.

poder endulzante y reemplazando parte o toda la materia grasa por elementos menos calóricos como sustitutos de grasa, hidratos de carbono, espesantes y agua.

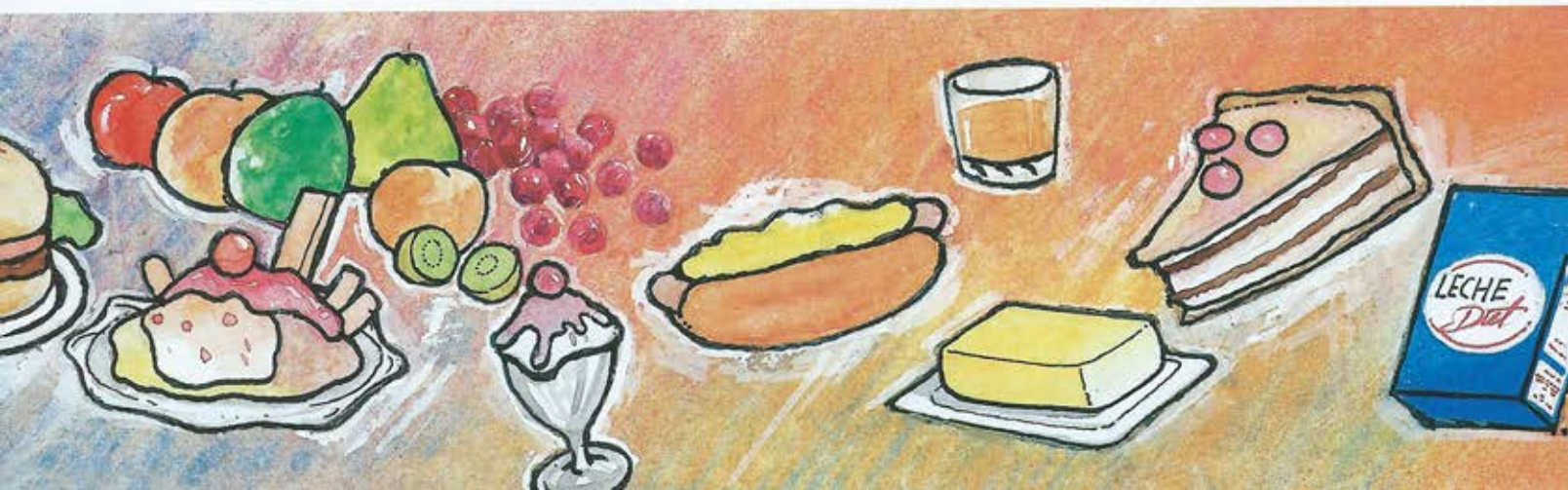
Sin embargo, como no se puede hacer milagros, para no perder la naturaleza del alimento hay que conservar una parte de él inalterada, la que aporta una buena proporción de calorías. Así, la crema de leche natural, por ejemplo, tiene un contenido calórico de alrededor de 300 Kcal/100 gr., mientras que la crema "light" puede tener entre 190 y 200 Kcal/100 gr.

Similar es el caso del chocolate bajo en calorías. En este producto se reemplaza el azúcar por edulcorante artificial, pero el mayor aporte calórico lo da la materia grasa que aporta cerca de 9 Kcal/gr. El contenido calórico del chocolate podría bajar de unos 550 Kcal/100 gr. a 380 ó 400 Kcal/100 gr., es decir, entre un 27 y un 30% menos.

Como se puede ver, los alimentos "light" o "diet" se derivan en su gran mayoría de alimentos que originalmente son altamente energéticos y, por lo tanto, se les rebajan las calorías. Ello no significa que estén especialmente formulados para formar parte de una dieta para adelgazar, ya que de todos modos siguen presentando un alto contenido en calorías. En otras palabras, engordan menos, pero también engordan. Lo que permiten estos alimentos es darse pequeños gustos y hacer más gratas las dietas para adelgazar, ya que, por lo general, se trata de alimentos apetecibles que inducen a tentaciones que echan a por tierra todos los esfuerzos realizados para mantenerse fiel a una estricta dieta hipocalórica.

En síntesis, los alimentos "light" no son tan efectivos en una dieta para controlar el peso corporal si no se consumen con moderación.

Edulcorantes: Este tema fué tratado in extenso en Diabetes Control # 8, julio 1993.



LO QUE DICEN LAS ETIQUETAS

Sernac estudió diversos productos dietéticos que se encuentran en el mercado, basándose en la rotulación de los ingredientes que aparece en los envases. Se analizaron alimentos de uso frecuente, como refrescos en polvo, jugos y margarinas dietéticas, entre otros.

Algunas de las conclusiones obtenidas del análisis fueron:

- Aunque ha mejorado mucho, es necesario fiscalizar más la veracidad de la información nutricional que se suministra en los envases. Por ejemplo, los refrescos Royal, Yupi y Tang no cumplen con la obligación de especificar los componentes de los "edulcorantes permitidos".
- Hay casos en que la rotulación no corresponde a la realidad o es engañosa, como se detectó en el edulcorante Ecovida: compuesto en base a azúcar rubia y fructosa, no indica cuántas calorías menos tiene. A simple vista se advierte que el mayor porcentaje lo compone el azúcar rubia, pero suponiendo, en el mejor de los casos, que fuera una mezcla de 50% de azúcar y un 50% de fructosa, el dulzor sería un 35% mayor y no, como puede malentenderse en base al rotulado, que es el doble del dulzor. Como producto de bajas calorías, no lo es tanto y no sirve para diabéticos, por la presencia de azúcar.
- Las galletas dietéticas Ecovida declaran sólo 6 calorías por unidad, lo cual es totalmente imposible pues cada galleta pesa algo más de 7 gramos y, de acuerdo a los ingredientes declarados, no pueden tener menos de 25 Kcal por unidad; las galletas Garden House no señalan cuántas calorías menos contienen.
- Cabe la duda de si los refrescos Regimel y Ecovida tienen realmente las calorías que informan. Al analizar la composición nutricional, la rotulación de ingredientes y la cantidad de gramos que se utilizan para un litro, quedan varios gramos de componentes que no se sabe a qué corresponden.
- Un mismo producto tiene distintas características nutricionales de acuerdo a la marca, por lo que es recomendable estudiar las distintas alternativas que ofrece el mercado y elegir la más adecuada para cada caso.
- Las margarinas en pote dietéticas tienen mucho menos calorías que las correspondientes en forma de bloque o pan.
- Las margarinas dietéticas contienen entre un 22 y un 53% menos de calorías que una corriente. La más baja en calorías fue Superior en pote, y la más alta, Sureña.
- Las mermeladas dietéticas reducen entre un 20% (Malloa) y un 45% (Ecovida) las calorías que contiene una mermelada común.

  Sólo las mermeladas Stein y Ecovida sirven para diabéticos, pues declaran fructosa en vez de azúcar.
- Los refrescos dietéticos en polvo tienen las calorías notablemente reducidas: desde un 64% (Ecovida) a un 90% (Royal) respecto a los no dietéticos.
- Los jugos dietéticos "larga vida", por contener fruta, tienen un valor calórico superior al de los refrescos en polvo, que son artificiales. Los Watt's, según sean de damasco o naranja, tienen un 67% y un 80% menos de calorías que el jugo normal. El jugo de naranja Andifrut diet tiene un 45% menos de calorías que el Watt's diet, tal vez porque tiene menos jugo de naranja. Ninguno tiene azúcar agregado, sino edulcorante aspartame.
- Los yogures dietéticos Soprole y Svelty sustituyen el azúcar por aspartame y reducen sus calorías en un 48% y un 38% respectivamente. El envase Soprole tiene la ventaja de contener 45g. más de yogur, con una diferencia mínima de 9 Kcal más por envase o unidad.
- Los helados dietéticos Savory contienen maltodextrina y también sorbitol, elemento de relleno tan calórico como el azúcar, que es reemplazado por aspartame. Por otra parte, la maltodextrina es un hidrato de carbono que debe ser consumido con precaución por los diabéticos, aunque el nivel es bastante menor que el de un helado con azúcar. La rotulación es incompleta: estos helados no contienen azúcar, pero no se indica en cuánto reducen las calorías.
- Las gelatinas Ambrosoli y Royal y los flanes Regimel y Royal son aptos para diabéticos y para dietas hipocalóricas. Royal es la marca con menos calorías en ambos productos. Aunque ninguno tiene azúcar, el flan Regimel, además de sacarina y ciclamato, incorpora fructosa, por lo cual tiene algunas calorías más que uno elaborado sólo con edulcorantes artificiales.

Reproducido de SERNAC Consumo y Calidad de Vida Nº 56 - Julio 1995.

DIABETES AL DIA

INSULINA TRANSDERMAL

Investigadores del Departamento de Ingeniería Química del Massachusetts Institute of Technology, están desarrollando un sistema para administrar drogas a través de la piel, mediante la aplicación de ultrasonido.

La piel como es bien sabido, tiene una bajísima permeabilidad, debido principalmente a su capa externa denominada estrato córneo, la que está compuesta por células inertes llenas de fibras queratinosas y capas de grasa.

La aplicación de ultrasonido en baja frecuencia ha demostrado aumentar la permeabilidad de la piel a muchas drogas, incluyendo a proteínas de alto peso molecular, como la insulina. Este fenómeno se denomina sonoforesis.

En experimentos con ratas peladas se ha logrado mediante el ultrasonido, aplicarles dosis de insulina por vía transdermal, reduciendo notablemente sus glicemias.

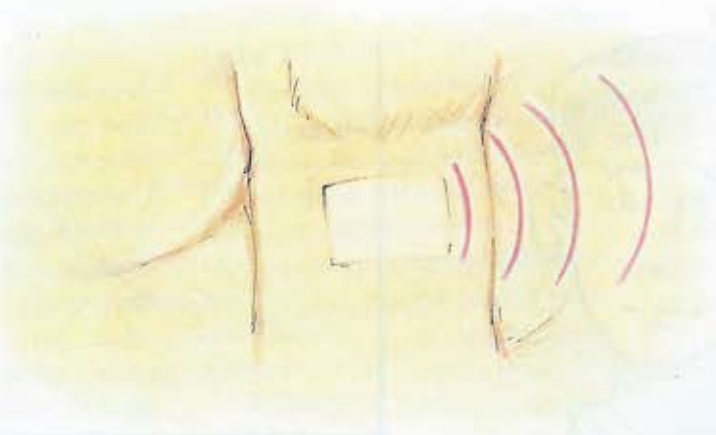
A pesar de que, en principio, la sonoforesis de baja frecuencia no tiene consecuencias negativas, falta más investigación sobre sus efectos a largo plazo antes de poder iniciar experiencias clínicas.

También es necesario aclarar que la aplicación transdermal de la insulina en vez de inyección, no provoque una reacción del sistema inmunológico del cuerpo contra esta proteína.

Los investigadores vislumbran que, con más investigación, en el futuro una persona puede llevar un difusor de ultrasonido de pequeño tamaño que, unido a un sensor de glicemias, pueda entregar insulina por vía transdermal.*

S. Mitragori, D. Blanicschtein, R. Langer-MIT
Revista Science-agosto, 1995

** Pequeños difusores de ultrasonido ya hay en el mercado, como los que se usan en cepillos de dientes con ultrasonido (Sonex International Corporation, Brewster, N. York)*



PARA EVITAR EL DAÑO RENAL

Según investigaciones del Joslin Diabetes Center en Boston, para disminuir el riesgo de una enfermedad renal hay que mantener la hemoglobina glicosilada HbA1c bajo 8,1%.

En este estudio se analizaron datos de 1412 personas con diabetes Tipo 1, de edades entre los 15 y 44 años, en relación con la micro albuminuria (pequeñas cantidades de proteína en la orina), que es un primer aviso de que los riñones tienen algún daño.

Cuando los investigadores llevaron los resultados de la HbA1c a un gráfico, descubrieron que el riesgo de micro albuminuria era prácticamente el mismo para personas con HbA1c càsi normal, bajo 6, que aquéllos un poco más altos. Pero el riesgo se disparaba en personas con una HbA1c sobre 8,1%.

El DCCT (Diabetes Control and Complication Trial) ya había confirmado que el buen control previene el daño renal, pero este nuevo estudio entregó este límite mágico del 8,1%. James Warram, MD, ScD, un epidemiologista que intervino en el estudio, dice que "según nuestros resultados, casi todo el beneficio se obtiene manteniendo el HbA1c bajo 8,1%. El riesgo de daño renal no mejorará mucho, bajando más el HbA1c".

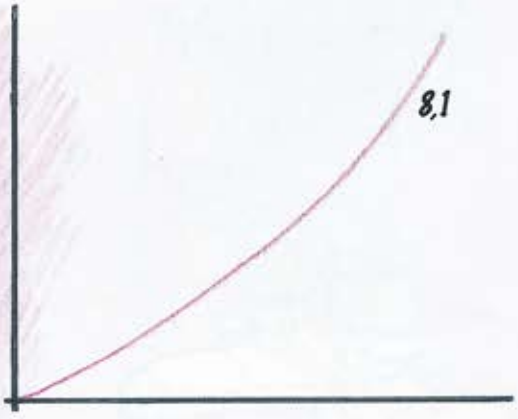
Warram explica que las personas con diabetes aunque mantengan sus HbA1c en el rango normal, tienen más riesgo de daño renal que el común de la población. Esto sugiere que existen otros factores, aparte del nivel de la glucosa en la sangre, que contribuye al daño renal. Pero la glicemia influye en el daño cuando el HbA1c supera el 8,1%.

El científico recomienda que si usted es capaz de mantener una HbA1c relativamente normal y además se siente bien, no vale la pena el riesgo de múltiples hipoglicemias severas por tratar de llegar a una HbA1c de, digamos 6%.

Los años previos a la pubertad no parecen contar para efectos del daño renal. Por lo tanto, su niño podría tener niveles alto de HbA1c sin aumentar el riesgo de daño al riñón.

Muy importante es destacar que diferentes laboratorios hacen diversos test de hemoglobina glicosilada, por ejemplo el HbA1 y sus resultados pueden ser interpretados en forma diferente. El ideal sería expresar todos los resultados según el standard de HbA1c que fue el sistema seguido en el DCCT.

New England Journal of Medicine
332:1251-55, 1995



ACTIVIDADES DE LA FUNDACION

Arica

Dr. Jorge Fernández y la enfermera Sra. Margarita Ortiz González con un grupo de socios de Arica.

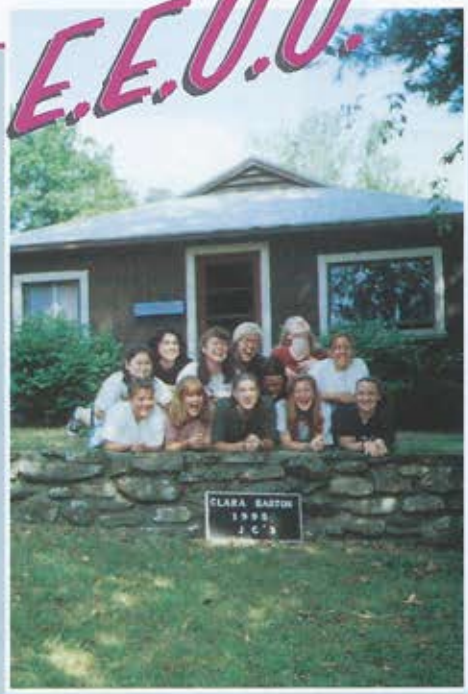
Poco a poco, la Fundación está llegando a todas las regiones del país. Así, a partir de Junio, contamos con una representante para Arica, quién se encargará de extender la labor de la FDJ, hasta esa lejana ciudad del norte.

La Sra. Nelly Osorio, mamá de Carlitos Padilla, diabético desde los 5 años, estará a cargo de esta Representación. Los invitamos a participar junto a ella y al Dr. Jorge Fernández, en las próximas actividades que se realicen.

Representante en Arica: María Nelly Osorio, Pasaje Tomás Aravena 141 - Tel. 222103.

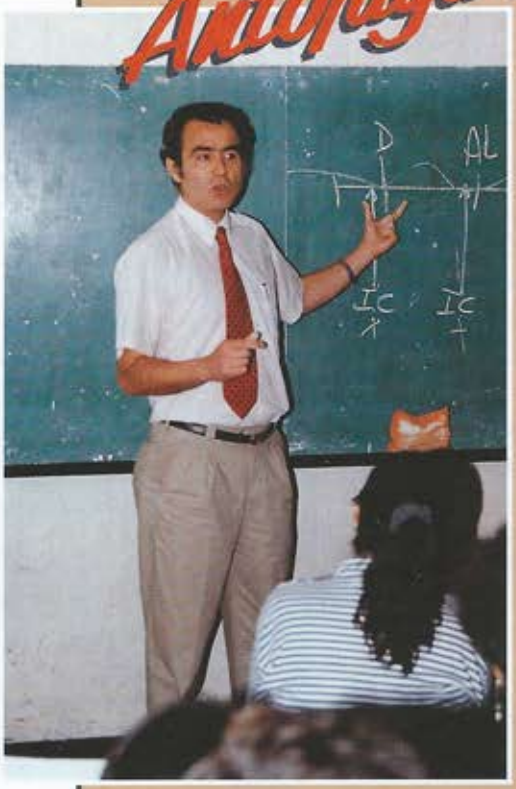
Cristián Morales, Romina Yunay y Carlitos Padilla

E.E.U.U.



La monitora Andrea Montecinos en el campamento Clara Barton, cerca de Boston.

Antofagasta



El Dr. Jaime Perez en plena charla con socios de la Filial Antofagasta.

A un año de la inauguración de nuestra Filial II Región, ya contamos con más de 100 socios y una directiva, siempre muy activa. Para celebrar el primer aniversario el fin de semana del 21 y 22 de Octubre, se hizo una gran reunión educativa, a cargo de los Doctores Jaime Pérez y Tito Pizarro, de Santiago.

El día domingo continuó con un almuerzo al aire libre, donde se compartió en familia, la diabetes.

Aprovechamos de dar la bienvenida a la FDJ a Gregorio, quien atiende el local de la Filial y siempre está dispuesto a entregar su colaboración.

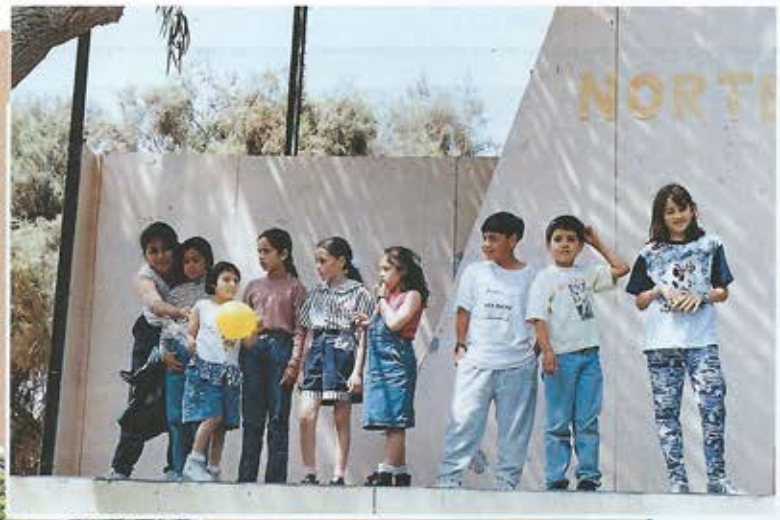
FELICIDADES.

Descansando después del asado.

Lilian Abdala, presidenta de la Filial de Antofagasta se dirige a sus socios.

Antonia Barroso le entrega un premio a Manuel Panta.

El doctor Tito Pizarro conversando con los jóvenes.



Los niños de Antofagasta celebrando el primer aniversario.

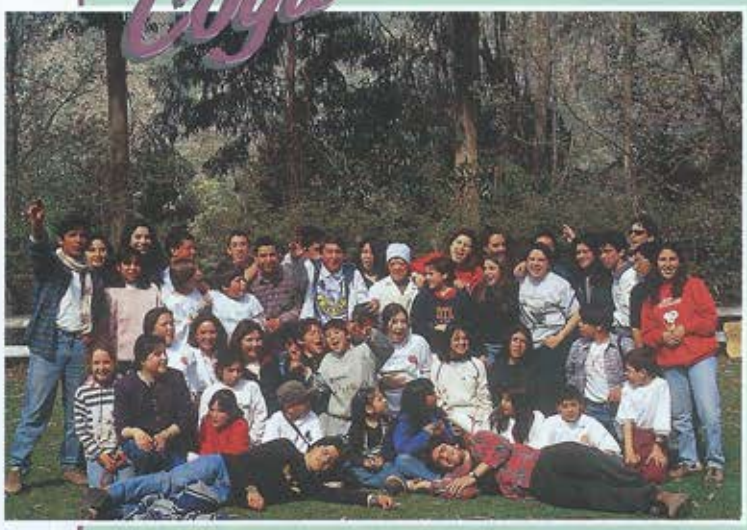
Gregorio Zúñiga, el alma de la fiesta.

Visitas en la FDJ

Marcela Ibarra presidenta de la Federación de Asociaciones Mexicanas de Diabetes A.C., de visita el 20 de Noviembre.

El connotado profesor Michael Berger, director de la Facultad de Medicina de la Universidad de Düsseldorf, estubo en nuestra sede el 9 de Noviembre.

Coya '95



Participantes del campamento.

El monitor Rodrigo Toro, ayuda a controlar a su grupo.

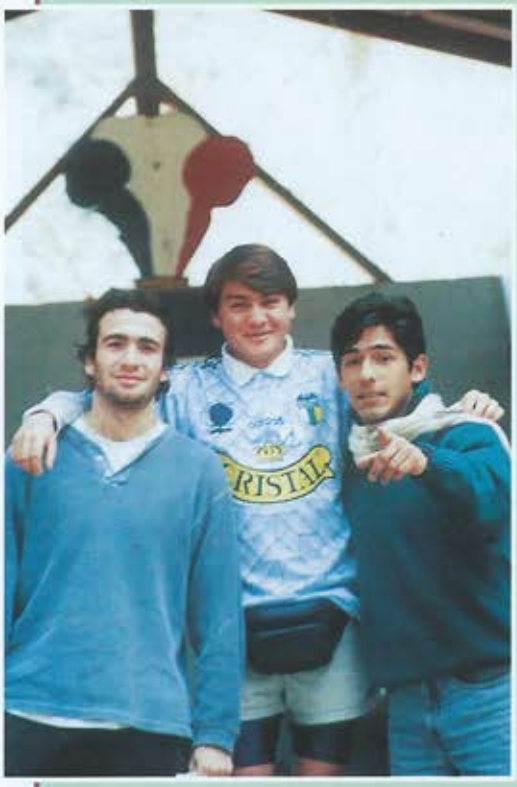
Con gran entusiasmo, la Filial VI Región de nuestra Fundación, encabezada por Carmen Fernández, organizó su tercer campamento para jóvenes diabéticos en la hermosa localidad de Coya.

A él concurrieron 32 campistas, inclusive dos que llegaron directo desde el hospital, demostrando una entereza a toda prueba.

A cargo del campamento estuvo Carolina Navarro, contando con la colaboración entusiasta de un grupo de 8 monitores capitaneados por Carlos Stutz, además de un equipo administrativo-recreativo.

Con el apoyo permanente de la FDJ de Rancagua, Coya '95 cumplió con creces su objetivo de estimular positivamente a estos jóvenes, educarlos en el autocontrol y divertirlos sanamente.

Mención especial merece la abnegada labor de la doctora María Victoria Figueroa, siempre dispuesta a brindar su ayuda y consejo.



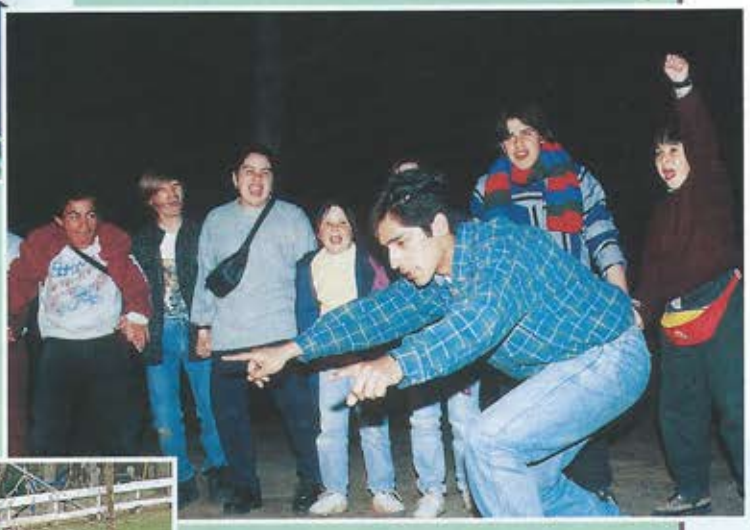
"Los buenos muchachos" Carlos, Pablo y Jorge.

El grupo "La Quintrala".

Los recuerdos del último día.

Dra. María Victoria Figueroa. Médico del campamento.

Coronación de la reina y rey feo.



Así se juega, explica Jorge Cofré, profesor de Educación Física.

Un reñido partido de hand ball.

Viña

El grupo de Viña, en el Club de Campo Javiera Carrera.

El Sábado 4 de Noviembre, la FDJ V Región realizó una actividad recreativa-deportiva, en el club de Campo "Javiera Carrera", en la cual participaron niños y jóvenes de Valparaíso, Viña y Casablanca.

Para los juegos y cantos asistieron cinco monitores. El control de glicemias y emergencias estuvo a cargo de la Srta. Catherine Leiva A., estudiante de enfermería de la Universidad de Valparaíso.

Nuestros agradecimientos a quienes colaboraron para hacer de esta jornada todo un éxito.

- Sr. Gustavo Arrate de la Empresa Coca Cola
- Sr. Sanoni Sermuda, por yogurt para colaciones
- Verónica y Mauricio Silva, filmaciones

Participantes de la actividad recreativa.

Carrera de ensacado.

Pasando la cuchara.

Los monitores Roberto y Liliana Ulloa con un grupo durante el paseo.

La Serena

Inscribiendo nuevos socios.

Lindo grupo de amigos.

El día 9 de Septiembre, nuestro representante de La Serena, Sergio Toro, organizó una mini Sesión Familiar, para todas las familias de la IV Región. Agradecemos la participación de la enfermera Sra. Alejandra Avila, quien les dió una educativa charla acerca de los cuidados de la diabetes.

La Enfermera Alejandra Avila con los socios de La Serena.

Concepción

Mucha acción ha tenido durante el año la Corporación de Ayuda al Niño y Adolescente Diabético de Concepción.

Aparte de su campamento de verano y otras actividades, la Corporación ofreció una muestra de su labor en la Intendencia en la que participaron varios monitores cuya foto publicamos.

Como siempre siguen orientando y ayudando a los recién diagnosticados de la 8a Región.

Para fin de año, los días 2 y 15 de Diciembre realizarán dos eventos destinados a obtener fondos.

Monitores del campamento de Concepción: Karen Malig, Paulette Fonteneau, Graciela Castillo, Rubén Méndez, Felipe Guajardo y Marcelo Montero.

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 - Telefóno:5555561 - Santiago - Chile