diabetes
CONTROL
REVISTA DE LA FUNDACION DIABETES JUVENIL DE CHILE
Nº 23 OCTUBRE 2000
SERGIO MORENO
Un cirujano sin problemas
RESISTENCIA A LA INSULINA
EL COSTO DE LA DIABETES
DIABETES Y CIGARRILLO
Una combinación fatal
RESIDENT

Primer CD de Educación Interactiva en Diabetes

"Vivir con Diabetes"

Educación Interactiva

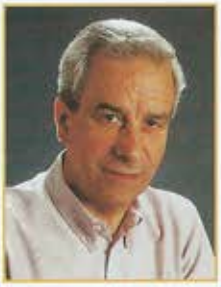
Este programa cuenta con el patrocinio del Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación.

Para mayor información de nuestros productos, contactar a la Srta. E.U. María Teresa Iturbe al teléfono **800 200 263** SERVICIO AL CLIENTE

PRODUCTOS ROCHE LTDA.
Los Tres Antonios 119 - Ñuñoa - Tel.: (56-2) 375 2030 - Fax.: (56-2) 223 3004
Santiago - Chile

Roche Diagnostics

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.



En este número de Diabetes Control hemos querido abordar el polémico y áspero tema de la salud previsional.

Las isapres, con excepción de Consalud dentro de ciertos límites, no aceptan diabéticos tipo 1 y a los que están incorporados no les financian el autocontrol; Fonasa en cambio los admite pero por falta de recursos lo financia en forma muy limitada.

Para el Estado, a través de Fonasa, el resultado es dramático, porque por no invertir en prevención, en el mediano o largo plazo tiene que hacerse cargo de las costosísimas complicaciones diabéticas, siempre crónicas, con el agravante de que se les suman los diabéticos complicados excluídos de las isapres por ser muy caros.

Para hacerse una idea, basta decir que en Chile hay aproximadamente 1.200 diabéticos en diálisis, los cuales representan un costo mensual, que mayoritariamente absorbe el Estado, de 480 millones de pesos, y eso es sólo por diálisis. Si sumamos a esto el costo de las retinopatías, amputaciones, miles de días cama-hospital, problemas cardiovasculares, ausentismo laboral, etc... veremos que el costo de las complicaciones excede por mucho el costo del autocontrol. Si no se hace ahora el esfuerzo de invertir en prevención, dejaremos hipotecada la salud pública para los próximos generaciones.

César Velasco D.
Presidente

El doctor Moreno en acción.

La resistencia a la insulina es relevante en la diabetes tipo 2.

En las isapres los diabéticos tipo 1 no son bienvenidos.

Tres jóvenes unidas por el hockey y la diabetes.

CIRUJANO SIN PROBLEMAS 2
El Dr. Sergio Moreno, ejerce en la Universidad Católica como cualquier cirujano, sin que su diabetes tipo 1 le provoque limitaciones de ninguna clase.

LA RESISTENCIA A LA INSULINA 6
Una de las causas principales de la diabetes tipo 2, es desconocida por los propios afectados.

A BOTAR LA COLILLA 10
Cigarrillo y diabetes es una combinación peligrosísima. Consejos para dejar de fumar.

EL COSTO DE LA DIABETES 14
El costo del manejo diario de la diabetes es un item que ni Fonasa ni, menos aún, las isapres quieren resolver. Un ahorro mal entendido que traerá costosísimas consecuencias.

POSTRES 18
Como se aproxima el verano, le entregamos ricas recetas con frutas.

HOCKEY 20
Tres jóvenes unidas por la diabetes y su deporte favorito, el hockey.

DIABETES AL DIA 24
Actualícese con las últimas investigaciones y nuevos productos para controlar la diabetes.

ENFERMADAD PERIODONTAL 28
Una diabetes mal controlada aumenta 2 a 3 veces el riesgo de desarrollar una periodontitis.

DESTACADOS 30
La diabetes no ha sido un obstáculo para estos notables deportistas.

ACTIVIDADES DE LA FUNDACION 31

Directorio: Presidente: César Velasco D. **Vice Presidente:** Carmen Cruchaga G. **Directores:** Francisco Brown - Soledad Rojas - Carmen Luz Alvarado. "Diabetes Control" es una publicación de la Fundación Diabetes Juvenil de Chile. Los artículos pueden reproducirse consignando la fuente. N°23, Octubre 2000. **Dirección:** La Concepción 80, Teléfono 236 6110, Casilla 104-9, **www.diabeteschile.cl - Email: fdjchile@chilesat.net** - Santiago, Chile.
Editor: César Velasco **Periodista:** Katia Berdichewsky **Colaboradores:** Dr. Jaime Pérez C. - Dr. Manuel García de los Ríos - Dr. Pablo Olmos -Dra. Odette Veit - Dra. Gloria López. **Nutricionista:** Elena Carrasco **Diseño:** Bernardita Valdivieso S. **Fotografías:** Archivos FDJ - Juan Pablo Lira B. - Gerardo Combeau **Ilustraciones:** Ricardo Alvarez **Impresión:** Antártica Quebecor S.A. **Portada:** Dr. Sergio Moreno - Fotografía portada: G. Combeau.

SERGIO MORENO FIGUEROA:

UN CIRUJANO SIN PROBLEMAS

Con sólo 27 años, este médico que realiza su beca de especialidad en el Hospital Clínico de la Universidad Católica, ejerce como cualquier cirujano, participando en delicadas y a veces largas intervenciones, sin ningún problema por causa de su diabetes.

En la pieza contigua al pabellón, se ubican los casilleros de los cirujanos del Hospital Clínico de la Universidad Católica y que reúnen materiales y diversos objetos que los profesionales pudieran necesitar durante la operación. Entre estetoscopios, libros y material médico, hay uno en el que destaca un elemento infaltable y algo diferente: una botella de Coca Cola. Ese es el detalle que marca el casillero de Sergio Moreno Figueroa.

Lo que pareciera ser una historia más de algún diabético, esta vez es un poco sorprendente: se trata de un joven quien cursa su beca de especialidad en cirugía -luego de titularse como médico general- responsable de los pacientes que cada día a día le toca atender, diagnosticar y a muchos de ellos, operar.

El diagnóstico llenó de preocupación a los abuelos de Sergio, quienes lo criaban como su hijo en la ciudad de Rancagua.

Con siete tíos-abuelos diabéticos -dos de ellos insulino-dependientes- la reacción de su familia fue de mucha pena, más que la que realmente Sergio llegó a sentir, puesto que demoró en tomar conciencia sobre qué significaba la diabetes. "Aparte de ver que me ponían inyecciones, yo no entendí mucho; después me dijeron que iba a que ser para siempre".

Esto, sin embargo. no fué en modo alguno un obstáculo para que desarrollara su vida en un ambiente cómodo y de relativa independencia, lo que agradece a sus abuelos. «Ellos se preocuparon mucho de darme una independencia controlada, dejarme hacer deporte y realizar actividades con mis compañeros", nos cuenta.

Esta libertad, asegura el joven profesional, fue fundamental para no rebelarse frente a la diabetes durante la adolescencia: "Creo que influyó por un lado la madurez que tenía y por otro todo el apoyo de mi familia, la que nunca me impidió llevar una vida normal. Entonces, ¿por qué rebelarse?".

DISCIPLINA ANTE TODO

Durante la carrera de medicina que cursó en la Universidad Católica, Sergio pudo congeniar los arduos períodos de estudios con el cuidado de su diabetes. Aunque reconoce que el estrés es muy fuerte -producto del cambio desde el colegio a la universidad- piensa que se trata de ser ordenado "y ahí uno se da cuenta de que el tiempo

alcanza para todo". Esta premisa también le ha servido para manejar su diabetes. Ello significa respetar los horarios, comidas y medirse sistemáticamente los niveles de glucosa.

Otro elemento importante para este profesional es asumir correctamente esta enfermedad crónica y eso pasa porque la gente que está alrededor la conozca y así hacerla más fácil de llevar: "Cuando yo iba a estudiar, me tenían bebidas diet o hacían un alto a la hora de mi colación para que yo pudiera comer". Incluso a algunos de sus amigos les ha explicado qué hacer si se cae o sufre una baja, pero sólo por precaución, ya que nunca le ha pasado nada.

Sin embargo, Sergio cree que el hecho de estudiar una carrera médica ha ayudado a que sus compañeros entiendan la diabetes, pero está seguro de que no es una condición esencial: "Yo viví con diabetes gran parte de la época escolar y todos mis compañeros siempre estuvieron preocupados de que yo anduviera con dulces y de cuidar mi horario".

UNA GRAN RESPONSABILIDAD

Luego de titularse vino un momento difícil para todos quienes siguen la carrera médica y que es la postulación a la beca de especialidad, ya que, aparte de que es muy difícil quedar el primer año luego de titulado, Sergio temió que en ese momento la diabetes se convirtiera en una mala compañera. "Pero como tenía buenas notas y trabajaba en el hospital, me seleccionaron inmediatamente".

El haber estudiado en la Universidad Católica cree que influyó

a la hora de postular a la especialidad, puesto que "muchos doctores sabían que yo era diabético y mi mayor temor era que como se trataba de una especialidad quirúrgica que implica estar en pabellones con horarios largos, a veces sin comer por varias horas, me negaran la posibilidad de ser cirujano. Pero al entrevistarme con el jefe del programa de cirugía, le pregunté derechamente si le parecía que el ser diabético era un impedimento, y me dijo que no".

Por ello, está agradecido no sólo de su familia sino también de la oportunidad que le han dado de ejercer su profesión. Y obviamente, se lo toma muy en serio: llega un poco antes de las siete de la mañana al hospital y se vuelve a su casa alrededor de las 9 de la noche, esquema que se repite de lunes a sábado, salvo cuando le toca cumplir uno de los siete turnos que realiza al mes, en que recibe la unidad a las 7:30 de la mañana y la entrega al día siguiente. En este período ,Sergio y los otros médicos se hacen cargo de todos los pacientes quirúrgicos del hospital y de atender y operar las urgencias. No es extraño operar tres apéndices y finalizar los procedimientos pasadas las tres de la mañana.

Aún así, este médico opina que es posible mantener compensada la diabetes. A pesar de la carga de trabajo, programa su alimentación de acuerdo al tipo de operación que enfrenta, ya que así sabe cuánto se va a demorar: "A veces hago colaciones antes de la cirugía cuando veo que va a ser larga. Y si es cercana al almuerzo, me inyecto y adelanto esa comida. Generalmente existe alguna forma de acomodarse". La gran ayuda es este manejo es la experiencia, puesto que hace turnos desde el tercer año de universidad y asegura que nunca ha tenido que salirse del pabellón por una hipoglicemia.

Por eso, durante los turnos, se preocupa de hacerse la glicemia respectiva mientras preparan al paciente, y comer en el caso de las cirugías que se realizan en la noche.

Pero, por mucho que se programe, Sergio sabe que existen operaciones que serán más largas que otras. Una incluso demoró siete horas. En esos casos, si llegara a necesitarlo, recurre al casillero a la entrada del pabellón donde guarda su infaltable Coca Cola o también con algunos dulces que guarda en sus bolsillos. Pero dice que nunca ha sido necesario.

¿DECIRLO O NO?

La política de contarle su condición a quienes lo rodean también se manifiesta en el hospital, donde el personal médico y auxiliar está al tanto de su diabetes. Respecto de la reacción a ello, dice: "Creo que al principio les llama la atención, pero la gente que me conoce y me ha visto trabajar sabe que funciono como todos mis compañeros".

De todas maneras, en las primeras cirugías quienes no lo conocían mucho, se preocupaban y le pedían que les avisara si se sentía mal o le preguntaban si había comido, preocupación que Sergio agradece.

La actitud de informar acerca de su diabetes, sin embargo, no se repite tanto en la relación médico-paciente: "A veces, le cuento al paciente cuando él también tiene diabetes, pero en general no lo digo porque, por desconocimiento, las personas podrían asustarse y creo que no vale la pena". Los que sí saben han manifestado sorpresa, pero jamás un rechazo.

Aunque para mantenerse bien, ayuda tener una formación médica, cree que muchos jóvenes que no se relacionan con esa área también saben bastante de diabetes, lo que pudo comprobar cuando asistió a los campamentos de la Fundación.

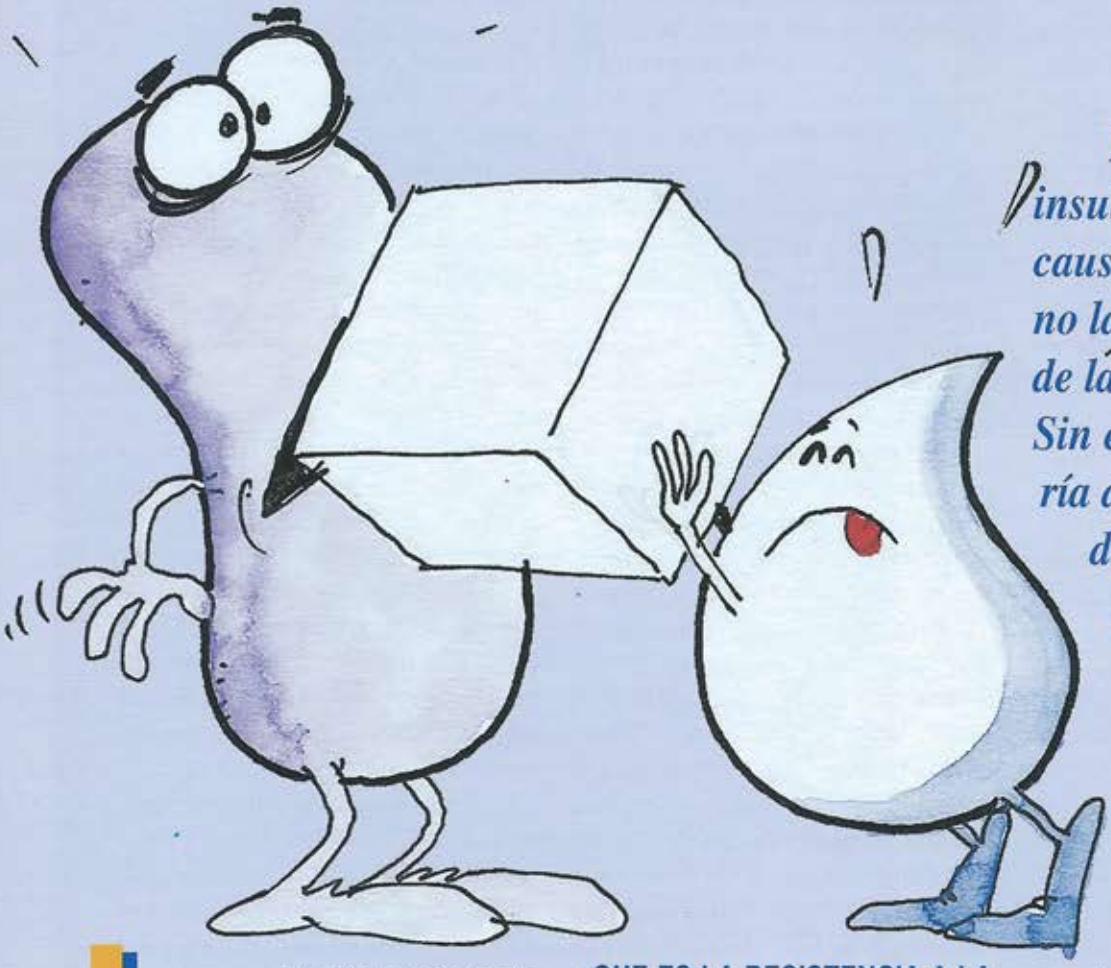
El estrés y las agotadoras rutinas de trabajo tampoco descompensan su diabetes: "Es verdad que en el período de exámenes la glicemia tiende a irse hacia arriba, pero es algo manejable. De hecho nunca más he vuelto al hospital por esta causa luego de mi diagnóstico".

El ser ordenado, sin embargo, no significa que Sergio no se salga de vez en cuando de su rutina, para compartir con amigos algún asado y practicar deportes como fútbol, esquí, natación y tenis.

Pero por ahora Sergio tiene un nuevo desafío que le impone su carrera, ya que se deberá trasladar a Talca por dos meses para continuar su beca de especialidad, esta vez orientándose al área de la cirugía digestiva. Y aunque allí probablemente todo será nuevo, confía seguir manteniéndose tan estable con su diabetes como siempre lo ha hecho a pesar del fuerte ritmo de trabajo.

DIABETES TIPO 2

RESISTENCIA A LA INSULINA



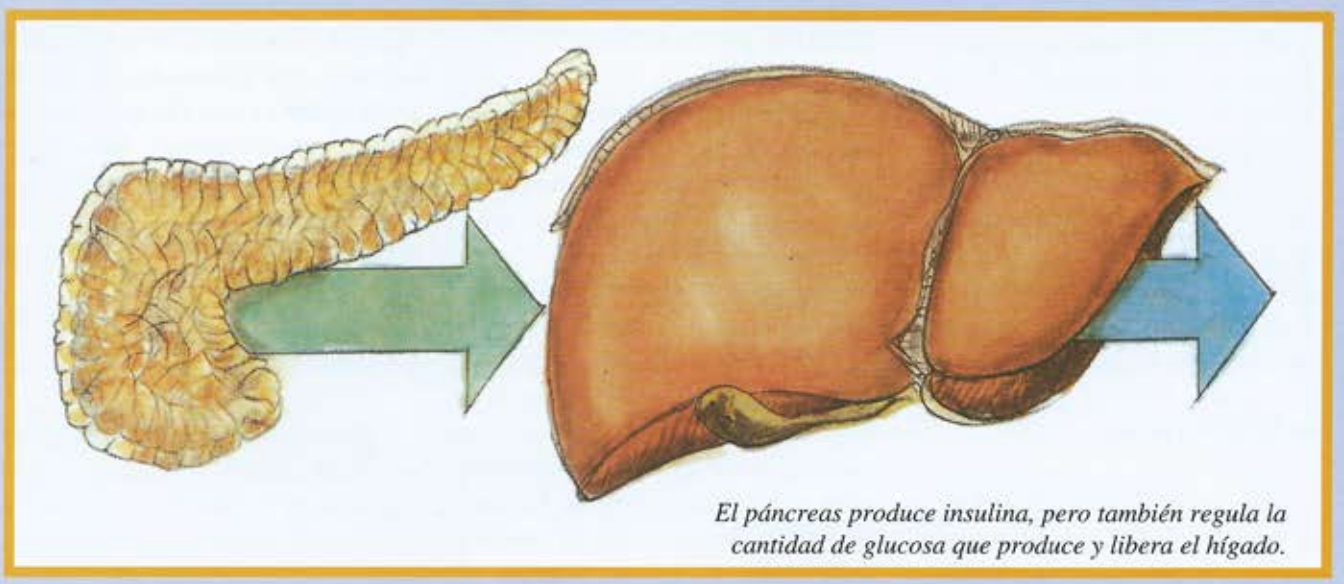
La resistencia a la insulina es una de las causas principales, si no la más importante, de la diabetes tipo 2. Sin embargo la mayoría de las personas con diabetes ignoran de que se trata.

La insulino-resistencia es una de las causas más importantes de las glicemias altas en la diabetes tipo 2. Sin embargo muchas personas con diabetes no saben qué es la resistencia a la insulina. Una encuesta a nivel nacional hecha por la Asociación Americana de Educadores en Diabetes, en Noviembre de 1999, demostró que cerca de 2/3 de más de 1000 personas con diabetes tipo 2 no entendían o ni siquiera habían oído de la resistencia a la insulina.

¿QUE ES LA RESISTENCIA A LA INSULINA?

Dicho de una manera simple, la resistencia a la insulina es una condición por la cual la insulina no puede hacer su trabajo en forma efectiva, de tal modo que una cantidad dada de insulina, baja el nivel de azúcar en la sangre menos de lo que se podría esperar. Para entender esto en profundidad es útil saber que es lo que la insulina hace normalmente en el cuerpo.

La insulina es una hormona secretada por las células beta del páncreas, que ayuda a regular la manera en que el cuerpo usa la glucosa. Su función principal consiste en permitir que la glucosa entre en las células del cuerpo, donde puede ser usada para producir energía. La insulina también controla la tasa a la cual el hígado produce y libera la glucosa. La glucosa es almacenada en el hígado bajo la forma de "glicógeno". Cuando el nivel de azúcar en la sangre baja, el hígado transforma el glicógeno en glucosa y lo vierte



El páncreas produce insulina, pero también regula la cantidad de glucosa que produce y libera el hígado.

en el torrente sanguíneo. Cuando hay suficiente glucosa en la sangre, la insulina secretada por el páncreas le señala al hígado que debe cortar la producción de glucosa. En las personas no diabéticas, el páncreas esta midiendo constantemente las glicemias y responde secretando la cantidad justa de insulina.

En una persona con resistencia a la insulina, las células del cuerpo son incapaces de sacar toda la glucosa que quisieran del torrente sanguíneo, aunque haya abundante insulina en la sangre. Es decir, las células resisten la insulina. Además de todo esto, el hígado puede seguir secretando glucosa en la sangre a pesar de que no se necesita y aunque haya insulina suficiente. Algunos estiman que entre un 10 a 25% de la población general puede tener insulino-resistencia, pero no hay estadísticas comprobadas de cuantas personas presentan esta condición.

¿QUE CAUSA LA INSULINO-RESISTENCIA?

La respuesta más simple es que la resistencia a la insulina parece ser una combinación de nuestros genes y el medio ambiente. Ciertos genes predisponen a algunas personas a desarrollar una resistencia a la insulina, pero otros factores como la inactividad, aumento de peso y un crónico nivel alto de azúcar en la sangre, gatilla la insulino-resistencia en las personas propensas.

Los científicos aún están tratando de determinar qué causa la insulino-resistencia a nivel celular y molecular. Gracias a las herramientas que proporciona la biología molecular han podido aprender bastante al respecto. Previamente, una considerable investigación se focalizó en los receptores de insulina que se encuentran en los músculos y células grasas del cuerpo. Normalmente, la insulina se une a estos receptores, iniciando una cantidad de complejas reacciones químicas dentro de las células. Se pensaba que la diabetes se producía por una mala unión con estos receptores, pero en la actualidad se cree que esto no es así.

La mayoría de los investigadores ahora creen que la insulino-resistencia es causada por anormalidades en las reacciones químicas que ocurren dentro de las mismas células llamadas «anormalidades-post-unión». Han podido identificar las anormalidades en una cantidad de diversos procesos químicos que pueden causar la resistencia a la insulina, como también a algunas de los genes que la producen. Por ejemplo, los investigadores están poniendo atención en substancias llamadas «transportadores de glucosa», que mueven la glucosa adentro de las células. Los estudios han mostrado que al menos algunos individuos insulino-resistentes son deficitarios en un transportador de glucosa llamado GLUT4, cuya actividad es normalmente regulado por la cantidad de insulina presente.

CONDICIONES ASOCIADAS A LA INSULINO-RESISTENCIA

La diabetes tipo 2 es la condición más comúnmente asociada a la resistencia a la insulina, pero no es la única. Dos condiciones relacionadas son la intolerancia a la glucosa en ayunas y la intolerancia a la glucosa. La insulino-resistencia está también asociada con la diabetes gestacional, enfermedad

al corazón y una condición conocida como síndrome del ovario policístico.

El papel exacto de la insulino-resistencia en estas condiciones médicas es poco claro. Mientras algunos científicos creen que es la causa primaria, otros piensan que es el resultado de otra parte del proceso de la enfermedad.

DIABETES TIPO 2

Los dos principales problemas en la diabetes tipo 2 son la insulino-resistencia y un defecto en la manera como la insulina es secretada. Específicamente, el páncreas no secreta la insulina suficiente a la velocidad requerida, cuando grandes cantidades de glucosa entran a la sangre después de las comidas. Esto lleva a altos niveles de azúcar en la sangre como también a una «hiperinsulinemia» (demasiada insulina en la sangre) ya que el páncreas trata de combatir las glicemias altas produciendo insulina extra.

Los investigadores disienten en si la causa principal de la diabetes tipo 2 es debido a la insulino-resistencia o a un efecto en la secreción de insulina, pero cualquier condición puede llevar a la otra y ambas condiciones empeorar en un círculo vicioso. Por ejemplo, la resistencia a la insulina puede producir altos niveles de glucosa en la sangre, especialmente después de las comidas. Esto ocasiona que el páncreas secrete más insulina para compensar. Al comienzo, esto debiera producir una normalización de la glicemia. Pero eventualmente, las células beta sobrecargadas de trabajo, comienzan a dañarse y a producir menos y menos insulina, haciendo subir nuevamente las glicemias.

ESTADO PREDIABETICO

La insulino-resistencia se encuentra también en dos estados prediabéticos, llamados "intolerancia a la glucosa en ayunas" e "intolerancia a la glucosa".

Ambas condiciones son definidas como niveles de glucosa en la sangre demasiado altos para ser considerados normales, pero no lo suficientemente altos para ser considerados diabéticos. Intolerancia a la glucosa en ayunas, se diagnostica en base a nivel de glucosa en plasma sanguíneo tomado en ayunas igual o mayor a 110 mg/dl, pero menor a 126 mg/dl. Intolerancia a la glucosa es definido como nivel de glucosa en plasma sanguíneo igual o mayor a 140 mg/dl pero menor a 200 mg/dl, dos horas después de ingerir 75 gramos de glucosa como parte de un test de tolerancia a la glucosa.

Ambas situaciones ponen a las personas en situación de riesgo de diabetes tipo 2.

DIABETES GESTACIONAL

La diabetes que comienza durante el embarazo se denomina diabetes gestacional. Tiende a ocurrir en mujeres que ya están en gran riesgo de desarrollar una diabetes tipo 2 debido a sobrepeso, tener un familiar cercano con diabetes o pertenecer a un grupo étnico de alto riesgo (afroamericano, asiático americano, hispanoamericano o nativo americano).

La diabetes gestacional comúnmente ocurre en el segundo o tercer mes de embarazo. Ciertas hormonas producidas en esos meses trabajan contra la insulina produciendo insulino-resistencia.

Aunque la mayoría de las mujeres con diabetes gestacional dejan de tener diabetes una vez que termina el estrés del embarazo, todas quedan con mayor riesgo de desarrollar una diabetes tipo 2 con el paso de los años.

TRATANDO LA RESISTENCIA A LA INSULINA

Entre los métodos más probados para reducir la insulino-resistencia está la pérdida de peso, el ejercicio y las drogas.

Ejercicio

Mientras existen drogas específicamente diseñadas para la insulino-resistencia, hay también una terapia igualmente efectiva y barata, sin efectos secundarios y que a menudo es ignorada: el ejercicio.

La actividad física aumenta la sensibilidad a la insulina mientras dura el ejercicio y hasta un día después. Además, en la última década, un gran número de estudios realizados en Estados Unidos, Suecia y China han demostrado concluyentemente que el ejercicio aeróbico regular (correr, caminar enérgico, ciclismo, subir escaleras), puede reducir el riesgo de una diabetes en un 30-50%.

En años recientes, especialistas en ejercicios han quedado intrigados por los efectos del entrenamiento de resistencia. Estos entrenamientos se refieren a ejercicios tales como el levantamiento de pesas, que usan la fuerza del músculo trabajando contra una carga resistente. Se comprobó que muchos diabéticos tipo 2 tienen poca masa muscular en relación a su peso. Como es el tejido muscular el primero que quema glucosa, formar masa muscular puede ayudar al cuerpo a usar la glucosa más efectivamente.

Dieta

Reducir la ingesta calórica y perder aunque sea un poco de peso, ha demostrado claramente que disminuye la resistencia a la insulina.

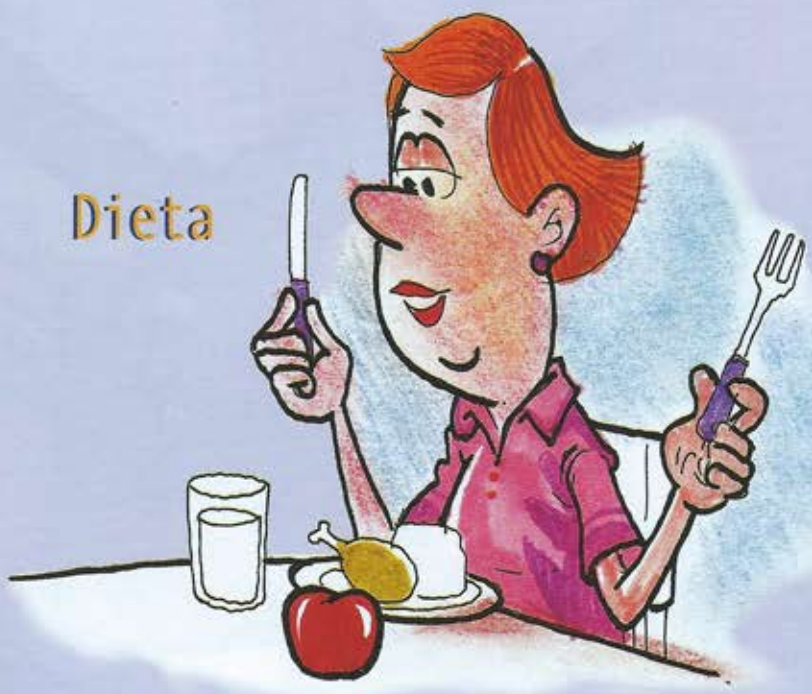
Terapia con drogas

Hasta mediados de los 90 las únicas drogas en el mercado para el tratamiento de la diabetes tipo 2 eran la insulina y una clase de drogas llamadas sulfonilureas, que estimulaban el páncreas a secretar más insulina. Ambos tratamientos con drogas trabajan aumentando la cantidad de insulina en circulación, lo que ayuda a compensar la insulino-resistencia, pero ninguno en realidad soluciona el problema mismo de la resistencia a la insulina.

Desde entonces, una cantidad de nuevas drogas para la diabetes tipo 2 han salido al mercado, algunas de ellas orientadas específicamente a la resistencia a la insulina.

LA INSULINO RESISTENCIA Y USTED

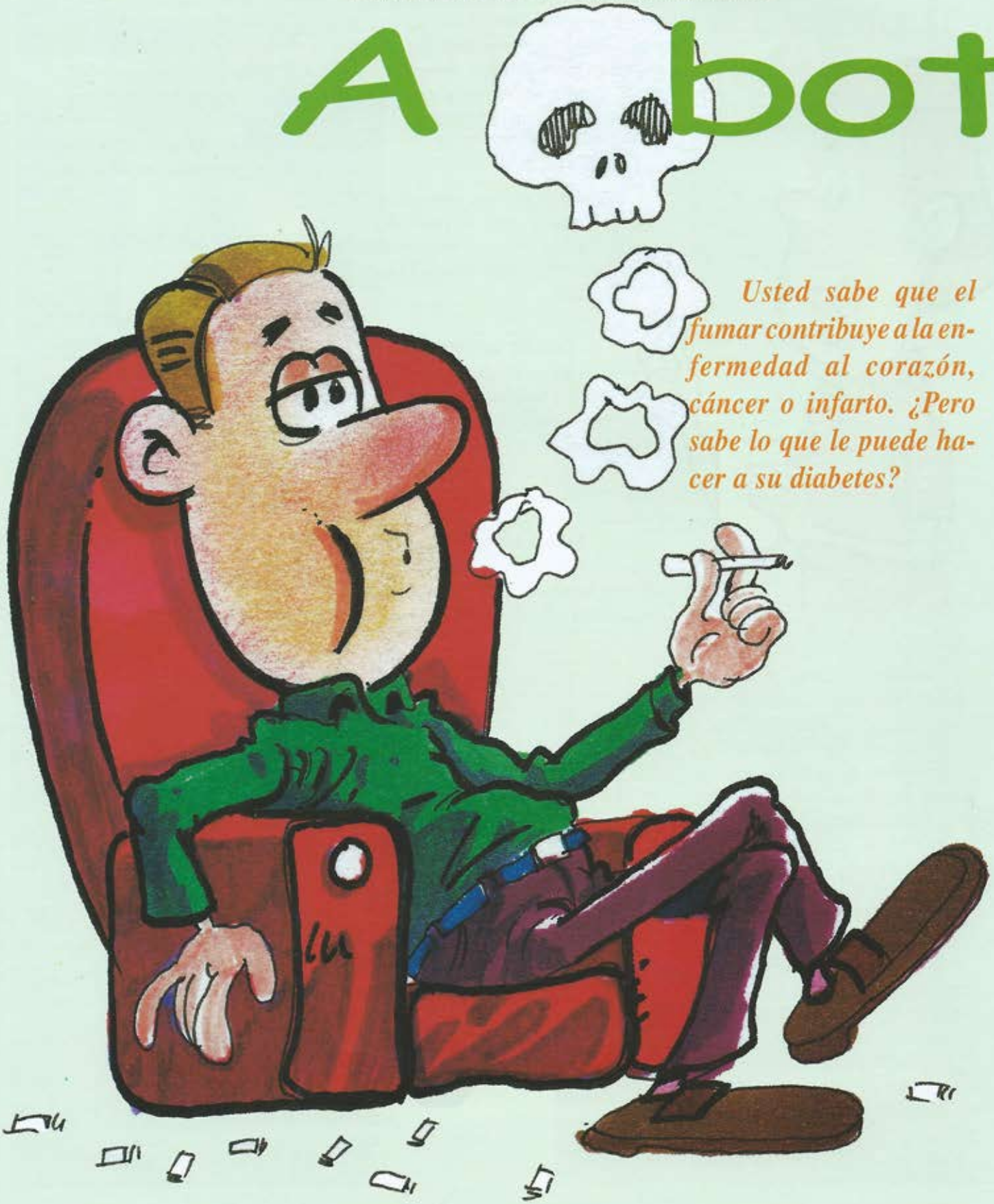
Ahora que usted sabe sobre la resistencia a la insulina, ¿qué puede hacer al respecto si tiene diabetes tipo 2? Bueno, cambiar su estilo de vida manteniendo un peso adecuado y haciendo ejercicio. Si es necesario, su médico le recetará además la droga más apropiada para usted. Estos cambios requieren de tiempo, paciencia y resistencia, pero la recompensa puede ser muy grande: bajar la insulino-resistencia y tener una vida sana.



Extractado de Diabetes Self-Management mayo/junio 2000

DIABETES Y CIGARRILLO

A boto



Usted sabe que el fumar contribuye a la enfermedad al corazón, cáncer o infarto. ¿Pero sabe lo que le puede hacer a su diabetes?

ar la colilla

Fumar es sencillamente fatal. Aumenta el riesgo de una pléyade de enfermedades, incluyendo las del corazón, cáncer o infarto. Pero además si lo unimos a la diabetes, el cigarrillo es una verdadera bofetada a su salud.

Fumar contribuye a un mal control de la glicemia, interfiriendo con el tiempo y efecto de la insulina. También eleva el nivel de su glucosa en la sangre, lo que a su vez contribuye a un pobre control de su diabetes.

Si tiene diabetes y fuma, es más probable que desarrolle más complicaciones relacionadas con la diabetes que los que no lo hacen. Tiene dos o cuatro veces más riesgo de tener enfermedades cardíacas, elevando la posibilidades de un infarto en un 50%. El humo daña y contrae los vasos sanguíneos, lo cual puede empeorar las úlceras a los pies. Además los fumadores diabéticos aumentan el riesgo de retinopatía de 2 a 12 veces y el de nefropatía (daño renal) en un 40%.

El efecto combinado del cigarrillo y la diabetes puede incrementar el riesgo de una muerte temprana en 12 veces, comparado con los que no fuman y no tienen diabetes. El riesgo de muerte prematura es relacionada directamente con el tiempo que ha estado fumando, pero las investigaciones han comprobado que dejar de fumar lo antes posible disminuye este riesgo.

"NADIE ME LO DIJO"

Mucha gente siente que si el doctor no le ha recomendado enfáticamente algo que debiera hacer respecto de su salud, quiere decir que ese algo no es importante. Esto definitivamente no es el caso con el fumar. Aunque casi todos los médicos concuerdan que no debe mezclarse diabetes y cigarrillo, sólo la mitad de los pacientes recuerdan que el doctor los haya advertido al respecto.

¿POR QUE?

La respuesta está en las complejidades del cuidado de la diabetes y la falta de tiempo. La diabetes es una enfermedad complicada que exige un cuidado complejo y que por lo tanto hay muchas cosas que discutir durante la consulta al médico. Usted y su médico deben hablar sobre su programa de tratamiento, como dosificar la insulina, como monitorear sus glicemias o cuidar alguna complicación que ya tenga. Debido a la limitación del tiempo de la consulta, el tema del cigarrillo queda fuera. Pero eso no quiere decir que no exista el peligro.

Si su médico no ha discutido este tema con usted, entonces debe proponérselo. Muchos doctores estarán contentos de hablar de ello y de los efectos en su diabetes y su salud en general. Más importante aún, ellos pueden ayudarle a dejar de fumar. Por eso pregúntele sobre el cigarrillo y la diabetes y qué hacer para dejar este vicio.

Aunque es verdad que la mayoría de la gente sube de peso cuando dejan de fumar, este aumento rara vez supera los 5 kilos.

OBSTACULOS PARA DEJAR DE FUMAR

¿Escéptico sobre su posibilidad de vencer al cigarrillo? Tal vez se identifique con Mak Twain que decía, "Dejar de fumar es fácil, lo he hecho cientos de veces". La buena nueva es que se ha avanzado mucho en la investigación, tanto de los beneficios de dejar de fumar, como métodos efectivos para lograrlo.

Tal vez sienta que no viene al caso dejar de fumar por "estar muy viejo" o "porque el daño ya está hecho". No es así. Estudios recientes han demostrado que parar de fumar, especialmente si tiene diabetes, es bueno para su salud sin importar cuan viejo sea. Algunos beneficios, como el no tener un infarto en su futuro próximo o disminuir las dificultades respiratorias debido a la falta de oxígeno que produce el humo, comienzan de inmediato después que paran de fumar

Tal vez tema subir de peso. Aunque es verdad que la mayoría de la gente sube de peso cuando dejan de fumar, este aumento rara vez supera los 5 kilos. Los beneficios a la salud por dejar el cigarrillo exceden en mucho los riesgos de algunos kilos extras. Además, las mismas técnicas para controlar el peso que sigue la gente que no fuma, le servirán a usted también. Puede hablar con su doctor sobre iniciar un programa de ejercicios o preguntarle a la dietista para ajustar sus hábitos de comidas para prevenir el aumento de peso.

Más allá del temor a subir de peso, el obstáculo más común para dejar de fumar es la adicción a la nicotina. Mientras nuevas evidencias demuestran que las compañías tabacaleras han manipulado las cantidades de nicotina de sus productos para aumentar la adicción, más claro ha quedado el por qué resulta tan difícil a los fumadores dejar de hacerlo. Pero es posible dejarlo, aunque usted fume mucho o lo haya hecho por muchos años. El truco está en seguir un método que sea el correcto para usted y que se adapte a sus propias necesidades.

¿QUE PUEDE HACER?

No hay una receta mágica que funcione para todos los fumadores. Pero hay cuatro etapas claves que debe seguir para idear qué método funcionará mejor para usted.

- Primero, esté seguro de estar motivado recordándose el por qué está dejando de fumar y los beneficios que obtendrá.

- Segundo, tenga un plan de acción específico a seguir. Algunas personas prefieren cortar el hábito de inmediato, otros en forma gradual. Siga un plan específico que le parezca bueno para usted y después cíñase a él.

- Tercero, ordene sus actividades para hacerle más fácil mantenerse alejado del cigarrillo o tenga una serie de actividades que pueda hacer cuando le vengan ganas de fumar.

- Finalmente, no tenga miedo de pedir ayuda especializada. Muchas personas encuentran que es útil usar sustitutos de nicotina o que le prescriban alguna droga que reduzca los síntomas de la abstención. Cuando son usadas por prescripción médica como parte de un programa para dejar de fumar, estos medicamentos han resultado ser seguros y efectivos.

Hay muchas opciones dentro de cada uno de los pasos claves mencionados para hacerse un plan apropiado para usted. (Lea el recuadro con las "Cuatro claves para dejar de fumar" en la página siguiente). Escoja las opciones que mejor se adaptan a sus necesidades y estilo de vida.

¿Siente que debería tener más ayuda y soporte? Consiga material educativo con programas para dejar de fumar que ofrecen distintas organizaciones.

Motivación continua y soporte moral son cruciales para el éxito del plan en el largo plazo. Pero no se desanime si comete algún error. Si afloja y fuma unos pocos cigarrillos o no es capaz de dejar totalmente el vicio, no se rinda. Revise su plan y considere la posibilidad de añadir o cambiar algunas estrategias. Con este plan y con su convencimiento de lo importante que es para un diabético abstenerse de fumar, estará camino a juntarse con millones de americanos que han logrado triunfar sobre este mal hábito.

"Si afloja y fuma unos pocos cigarrillos o no es capaz de dejar totalmente el vicio, no se rinda".

"Cuatro claves para dejar de fumar"

1 Encuentre una buena motivación

- Recuerde sus razones personales para dejar de fumar.
- Guarde este artículo y léalo.
- Hable con su doctor, dietista o con sus hijos sobre el tema.
- Escriba una lista de sus motivos para dejar de fumar.

2 Prepare un plan específico de acción

- Fije el día y la hora para dejar de fumar.
- La semana anterior fume la mitad.
- Tenga a la mano alternativas al cigarri llo: pastillas, chicle y otros.
- Haga ejercicio si le vienen ganas de fumar.

3 Reordene su medio ambiente para tener éxito

- Pídale a amigos, familiares y compañeros de trabajo que no fumen en su presencia.
- Aléjese de lugares donde se fuma.
- Prepárese un premio por día, semana o mes sin fumar.
- Contacte algún grupo de ayuda a fumado res.

4 Considere la nicotina y otros para dejar de fumar

- Uso del parche de nicotina o goma de mascar junto con las recomendaciones anterio res.
- Discuta la medicación con su doctor.

PREVISION EN SALUD

EL CO$TO DE TENER DIABETES

El control diario de la diabetes tipo 1 es una pesada carga económica para toda la familia. Al respecto, el apoyo prestado por los sistemas previsionales de salud es modesto en el caso de Fonasa y nulo en las Isapres.

El buen manejo del autocontrol de la diabetes es la única manera de llevar una vida plena y evitarse futuras complicaciones, pero, ¡a qué costo!

Sólo en insumos, en promedio, una persona utiliza en forma mensual un frasco de insulina lenta y medio de rápida ($ 9.810 el frasco de insulina lenta y $ 9.355 la rápida). Para efectuarse un buen control, en tanto, deberá realizarse alrededor de 5 glicemias diarias, usando un monitor que vale entre $ 50.000 y $ 60.000, un lancetero que cuesta $ 6.000 y mensualmente 150 tiras reactivas si no las parte por la mitad ($ 54.000), mientras que necesitará 90 jeringas para inyectarse la insulina (dos veces al día, más una para mezclar, con un total de $ 5.400). Cada seis meses, necesitará también tiras para cetonuria, las que tienen un precio del alrededor de $ 6.795.

A la hora de hacer el balance, también se deberán incluir consultas médicas -con una frecuencia variable- y exámenes de laboratorio.

COBERTURA DE LAS ISAPRES

Si bien la ley de isapres no discrimina entre las personas que puedan manifestar alguna condición clínica, en la realidad los diabéticos no son un grupo muy preciado por estas instituciones, las que en algunos casos llegan a rechazarlos cuando se trata de una "enfermedad preexistente".

Así lo reconoce Patricio Quesney director de Banmédica. "En el caso que una persona al entrar a la isapre indique que tiene diabetes, lo más probable es que tenga problemas para entrar al sistema, ya que se ha producido una enfermedad previa que es de alto costo".

Similar visión en este sentido se tiene en Colmena Golden Cross, Vida Tres y Cruz Blanca, a excepción de Consalud que admite la diabetes tipo 1 siempre que se acredite que está bien controlada y con supervisión médica.

Al respecto, el doctor Patricio Davidoff, de Consalud, aclara que "la isapre no se puede hacer cargo de una enfermedad anterior al ingreso a la institución". Por ello, existen períodos denominados de carencia, en los que se bonifica sólo parte del tratamiento del afiliado por un determinado tiempo. De acuerdo a Davidoff, en caso de los insulino-dependientes, Consalud les considera un período de carencia de 18 meses desde que ingresa, en el cual se le cubre sólo el 50 por ciento de los gastos. Luego de ese período, la isapre entrega cobertura de acuerdo al plan contratado.

IGUALDAD DE COBERTURAS

Aunque es un hecho que el ser diabético dificulta el ingreso al sistema de salud privado -en distinto grado según la institución-, si la persona ya se encuentra afiliada y luego se le detecta la condición, el sistema no hace discriminación alguna y podría acceder a todas las prestaciones del sistema como consulta médica, exámenes de laboratorio y hasta hospitalización. Esto dependerá de cuál, de los alrededor de quince planes de salud con que cuenta en general cada isapre, haya contratado.

"Si una persona diabética debe hospitalizarse por complicaciones derivadas de su condición o por un coma diabético, se le cubrirán los gastos médicos igual que si tuviera cualquier enfermedad como por ejemplo apendicitis, de acuerdo al plan que haya contratado", señala el doctor Patricio Quesney. Concuerda el doctor Patricio Davidoff, quién explica que una vez dentro de la isapre, el afiliado no tiene topes respecto de su cobertura que le entrega el sistema, ni se discrimina respecto de las enfermedades sean asociadas a la diabetes o no.

Más allá del tipo de planes de salud y la cobertura que estos tengan, un aspecto importante es que ninguna de las instituciones privadas de salud cubre gastos derivados de la compra de insumos para el autocuidado de la diabetes, de acuerdo a información de Banmédica, Consalud, Vida Tres, Colmena, Golden Cross y Cruz Blanca. Por este motivo deberán

pagar de sus bolsillos todos los gastos que genere diariamente su diabetes.

Consejo: Nunca se salga de la isapre sin estar admitido en otra. Si lo fuerzan a salir, acuda a la Superintendencia.

SISTEMA PUBLICO

Si el diabético no es aceptado por el sistema privado de salud ¿qué puede hacer? La respuesta es una sola: ingresar al Fondo Nacional de Salud, Fonasa -es decir, el sistema público- el que está obligado a aceptar a cualquier persona que quiera incorporarse tenga o no enfermedades preexistentes.

De acuerdo a lo señalado por Francisca Navarro, jefa del sub departamento de control de Fonasa, existen dos modalidades de atención: la institucional y la de libre elección.

Como explica Francisca Navarro un diabético ingresa al sistema de salud a través del centro de atención primaria, es decir, del consultorio, donde lo atenderán en el programa de enfermedades crónicas, y luego será derivado al consultorio de especialidad. Este normalmente funciona adosado al hospital, donde será controlado y, en caso de requerir algún tipo de hospitalización, será ingresado directamente a esa institución.

Al igual que las isapres, el sistema público de salud no hace discriminación respecto de las prestaciones, sean asociadas a la diabetes o no y el beneficiario deberá copagar de acuerdo al grupo al que corresponda por su ingreso socio económico. El mismo sistema se aplica en caso de exámenes de laboratorio, consulta médica, las hospitalizaciones y las complicaciones derivadas de la diabetes como amputaciones y nefropatías. De requerirse diálisis, el sistema público financia el 90 por ciento de la prestación, la que tiene un costo aproximado de $ 400.000 mensuales.

"Eso sí -aclara Francisca Navarro- estas coberturas se refieren al sistema de hospitales públicos porque en la libre elección los valores son diferentes". En el caso de la modalidad de libre elección, el sistema tiende a semejar al de las isapres. "El paciente elige el profesional con quien se quiere atender -comenta Navarro- y existen tres niveles de valores para las prestaciones. Fonasa cubre el 50% del nivel 1 que es el más económico, todo lo que exceda ese valor es cancelado por el afiliado". En este caso por ejemplo, la consulta médica tiene un valor de $ 6.970 para todos los niveles y el afiliado paga $ 3.490.

PROGRAMA DE AUTOCONTROL

Quienes están afiliados al sistema público de salud pueden optar al programa de autocontrol de diabetes tipo 1, que incluye educación en aspectos como nutrición, cuidado de piel y pies y autocontrol general.

A través de este programa de autocuidado se persigue que el diabético se mantenga metabólicamente lo más normal posible, lo que significa no sólo un nivel de glucosa adecuado, sino que también presión arterial, lípidos y colesterol. En el programa participa un equipo multidisciplinario compuesto por un médico, una enfermera, una nutricionista y una auxiliar de enfermería.

En la actualidad -y de acuerdo a Francisca Navarro y María Cristina Escobar- en el programa de autocuidado se entrega la insulina en forma gratuita a los pacientes afiliados al grupo A y B de Fonasa, mientras los C y D copagan un 10 y un 20 por ciento respectivamente (1). También aseguran que se les entrega tiras reactivas, lancetas y lanceteros.

Sin embargo, la realidad muestra una cara algo distinta para las mamás que mensualmente asisten a los centros de especialidad a controlar a sus hijos diabéticos, cuando llega la hora de ir a la farmacia del hospital a pedir los insumos. Los reclamos más recurrentes son una insuficiente cantidad de insulina y la inexistencia de tiras reactivas, lancetas, lanceteros y je-

ringas.

Algunas de estas situaciones se reflejan en los testimonios de personas como Adriana Fernández -mamá de Vanesa Espinoza de 15 años-, quien se atiende en el Centro de Diagnóstico Terapéutico del Hospital Sótero del Río. En su caso le entregaron la insulina, pero no así las cintas, jeringas, lancetas y lanceteros ya que en el hospital se les señaló que no se contaba con los recursos para entregarles más insumos.

Otro caso es el de Lucy Villalón -mamá de Lucy Echeverría de 4 años-. Si bien la insulina que le entregan en forma mensual en el Hospital Exequiel González Cortés le alcanza hasta el siguiente control, no ocurre lo mismo con las tiras, puesto que le asignan un frasco de 30 tiras al mes y debe controlar a la niña cuatro veces al día.

Frente a esta realidad que María Cristina Escobar, del Ministerio de Salud, no desconoce, explica que el problema que existe en la actualidad es que "el hospital es autónomo y solicita sus insumos al Ministerio de Salud según los recursos financieros de que disponga. Si son escasos, probablemente una cifra mucho menor de ellos será para el cuidado de la diabetes".

Desde esta perspectiva, la profesional es enfática en señalar que la asignación de los fondos a las distintas especialidades es una decisión interna de los hospitales y no depende del Ministerio de Salud.

Sin embargo, la necesidad hoy requiere de una solución más eficiente e inmediata para mejorar el autocuidado de los pacientes que actualmente se controlan en el sistema público de salud. Esto, a largo plazo, incidirá directamente en el número de prestaciones asociadas a complicaciones, producto de una diabetes mal controlada y por ende, a enfermedades de alto costo para el sistema. A todas luces, una inversión más que rentable.

(1) Nivel A: indigentes.
Nivel B: ganan menos de ingreso mínimo ($ 100.000).
Nivel C: entre ingreso mínimo y $ 146.000
Nivel D: más de $ 146.000

Pos de fr

Carla Tavelli

MERMELADA DE FRUTILLAS

INGREDIENTES

4 tazas de frutillas
3 tazas de fructosa

PREPARACION

Se lavan bien las frutillas y se les sacan los pezones. Si quiere una mermelada sin trozos de fruta, se machacan, si no se dejan enteras.
Se les agrega la fructosa, se revuelve bien y se deja reposar hasta el día siguiente.
Se coloca la olla al fuego revolviendo constantemente hasta dar punto; se prueba poniendo un poco en un platillo y que no se corra (como jalea).
Se envasa caliente, se cubren los frascos con papel y se amarran.
De esta forma puede preparar mermelada de damasco, durazno, guindas, ciruelas, etc. A la de frambuesa se le agrega un poco de jugo de limón (1/2 taza cada 10 de fruta).

APORTE NUTRITIVO
(1 cucharada de té, 10 grs)

Proteínas	0	grs.
Hidratos de carbono	3	grs.
Lípidos	0	grs.
Calorías	12	

FRAPPE DE MELON Y MENTA

INGREDIENTES

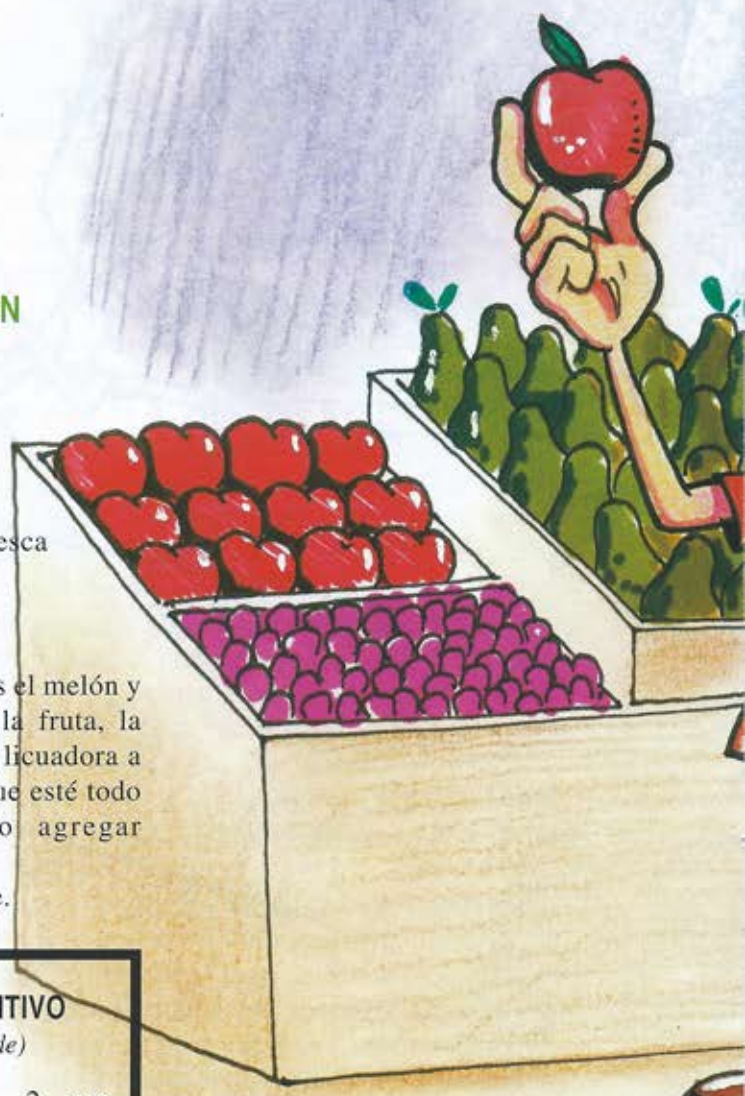
1 melón tuna maduro
1 manzana verde
2 -3 hojas de menta fresca
2 tazas de hielo

PREPARACION

Pelar y cortar en trozos el melón y la manzana. Colocar la fruta, la menta y el hielo en la licuadora a velocidad alta hasta que esté todo bien molido, luego agregar nutrasweet a gusto.
Servir inmediatamente.

APORTE NUTRITIVO
(un vaso grande)

Proteínas	2	grs.
Hidratos de carbono	22	grs.
Lípidos	0	grs.
Calorías	96	



tres

utas

GRATIN DE FRAMBUESA

(4 personas)

INGREDIENTES

2 tazas de frambuesa fresca
1 taza de yogurt o crema ácida
1 ó 2 cucharadas de fructosa

PREPARACION

Dividir las frambuesas en 4 fuentes individuales que puedan ir al horno, repartir sobre ellas el yogurt o la crema ácida, dejando asomar algunas frambuesas y dejar reposar unos minutos.

Precalentar el grill del horno unos minutos, (o calor arriba) y justo al servir gratinar unos 3 ó 4 minutos, o bien hasta que se dore, evitando que se queme. Servir inmediatamente.

APORTE NUTRITIVO		
Proteínas	3	grs.
Hidratos de carbono	15	grs.
Lípidos	1,1	grs.
Calorías	81	

MOUSSE DE PERAS

(4 personas)

INGREDIENTES

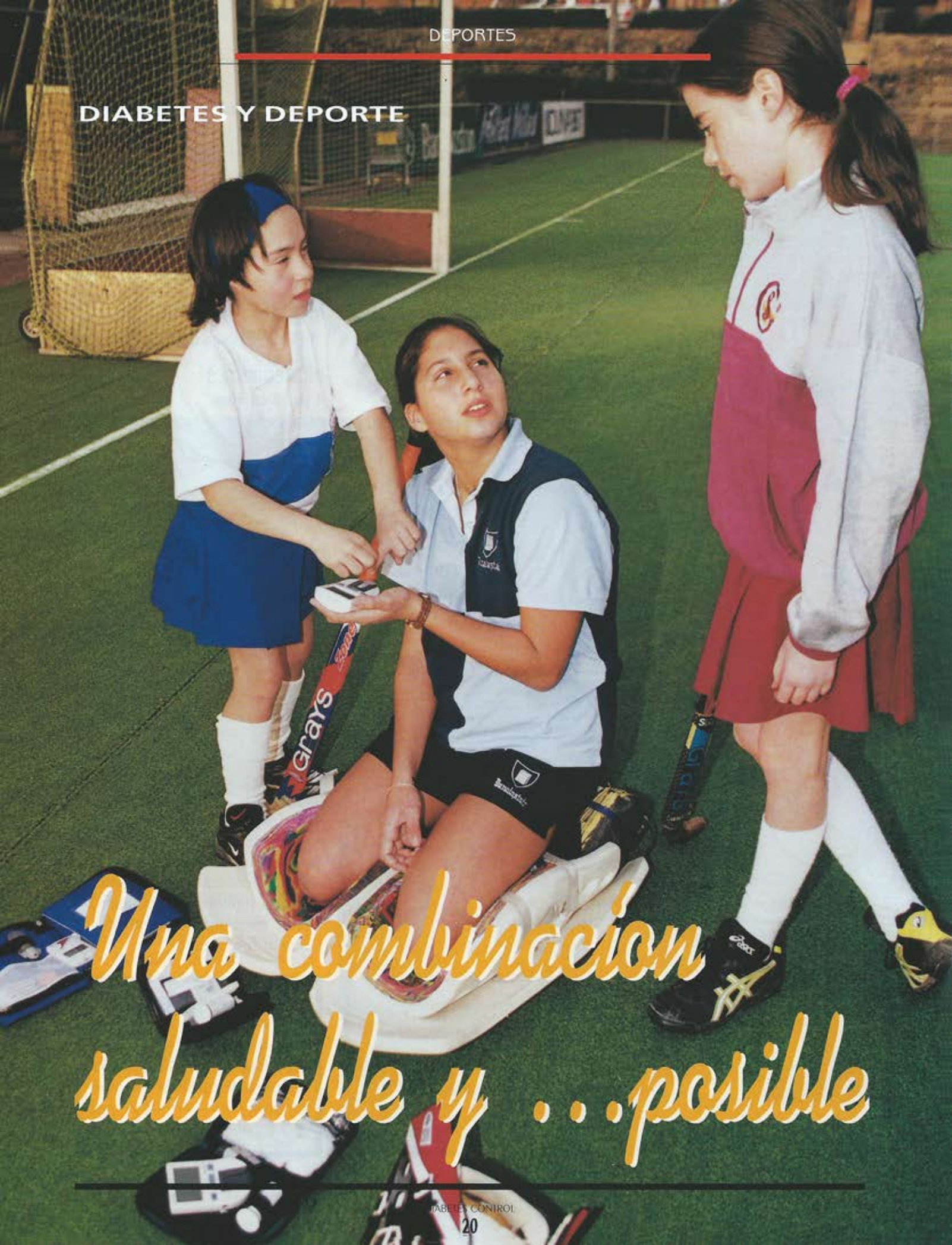
4 peras cocidas
1/2 taza leche
2 yemas
1 cucharada sopera margarina (derretida)
1 clara
3 cucharadas de fructosa
150 gr. crema chantilly diet (en sobre)
vainilla
NutraSweet líquido

PREPARACION

Con las peras preparar un puré (sin su jugo) con nutrasweet líquido al gusto, y dejarlo listo aparte.
Montar la clara a nieve junto con la fructosa y dejar en espera.
Batir muy bien la leche con la mantequilla, las 2 yemas y unas gotitas de vainilla, agregar a esta mezcla el puré de peras y mezclar bien; agregar luego la clara a nieve (incorporar lentamente) y finalmente la crema (también con cuidado).
Verter en moldes individuales y llevar al refrigerador.

APORTE NUTRITIVO		
Proteínas	3,7	grs.
Hidratos de carbono	28	grs.
Lípidos	11	grs.
Calorías	226	

DIABETES Y DEPORTE



Una combinación saludable y ...posible

Nada impide que un diabético haga deporte en forma periódica y que logre buenos rendimientos. Sólo hay que tener un buen autocuidado, preocuparse de la alimentación antes y durante el ejercicio y sobre todo, tener mucho espíritu.

Son deportistas a toda prueba. Aunque están en distintos colegios y tienen diferentes edades -la menor apenas se empina por sobre los nueve años- estas jóvenes tienen en común algo más que la pasión por el hockey: las tres tienen diabetes.

Sofía Salinas es la más pequeña, con sólo 9 años y con diabetes desde los dos. Alumna de tercero básico del Colegio Dannnalastair, tiene recuerdos de su condición desde los 7 años cuando fue a un campamento de la Fundación de Diabetes y aprendió a pincharse sola, aunque ya a esas alturas algo sabía del tema por lo que le enseñaba su mamá.

Con un hermano de 11 años, y ningún antecedente familiar de diabetes, Sofía se inyecta insulina dos veces diarias. Aunque no está muy conforme, "por los pinchazos y porque no siempre puedo comer la comida que quisiera", la pequeña es de armas tomar y decidió que frente a las reiterativas preguntas de sus compañeros, era mejor llevarles un libro sobre diabetes, "para no contarles tantas veces lo mismo".

Hace dos años que juega hockey, primero porque se lo enseñaron en el colegio y ahora porque le gusta, razón por la cual además de las clases en el Dunnalastair, lo practica en la Universidad Católica, donde entrena dos veces a la semana con otras niñas de su edad, de 11 y de 13 años. Y tanto empeño vale la pena, ya que reconoce sin pudor que es buena para el hockey, lo que avala con el testimonio de sus profesoras.

Fernanda Mardones tiene 14 años y está en octavo básico también en el Dunnalastair. Para ella el hockey es una pasión que vive intensamente y ni siquiera la diabetes, que tiene desde diciembre del año pasado, ha podido cambiar la voluntad de esta deportista neta.

La experiencia de su abuelo paterno fue muy importante para llegar al diagnóstico. Luego de una semana en la clínica, ingresó al mundo de los pinchazos y las glicemias.

A pesar de este importante cambio en su vida. Fernada dice que nunca se le pasó por la mente dejar de hacer deporte, el que ya practicaba en el equipo de su colegio hacía seis años. Incluso ahora reconoce que se siente mucho más activa porque puede realizar el entrenamiento, sin experimentar tanto cansancio como antes de su diagnóstico.

Y parece que la mejoría se ha notado en su rendimiento, ya que en la última gira que realizaron a

Montevideo y Buenos Aires, se ganó el premio a la mejor jugadora, el que obtiene por segunda vez.

Lo más importante para ella, cuando volvió luego de diagnosticada la diabetes, fue saber que contaba con todo el apoyo de su entrenador: "El me dió toda la confianza para continuar en el equipo y sólo me pidió que le dijera qué hacer si me sentía mal, ya que creyó en mí porque me conoce desde hace seis años.".

Gracias al apoyo que he tenido, Fernanda considera que no es "tan terrible" tener diabetes, "porque existe mucha comida sin azúcar y entonces, aparte de los pinchazos, no es diferente". Reconoce que le vino un "bajón" pero que sólo le duró un corto tiempo. Ahora no duda en afirmar: "En el diario vivir no me molesta tener diabetes".

Para Angela Manieu, de 11 años, la realidad es un poco diferente. Diagnosticada desde diciembre del año pasado, aún se mantiene sólo con Nicotinamida y sin inyecciones de insulina. Alumna de sexto básico en el Colegio San Gabriel, Angela juega hockey por el colegio desde hace tres años.

A pesar de sus cortos años, cuenta que no se complica por tener diabetes "ya que no soy buena para los dulces". También ayuda en la tranquilidad de Angela, el haber compartido muchas experiencias con su gran amiga Sofía, lo que le permitió interiorizarse de la diabetes y que ésta pasara a ser algo conocido.

Luego del diagnóstico y a pesar de la primera etapa de temor de su mamá, volvió a los entrenamientos de hockey, donde curiosamente, había otra niña diabética, por lo que la reacción de sus compañeras no fue de mayor sorpresa. Actualmente entrena cerca de tres veces por semana y se preocupa de comer algo antes de hacer deporte, por lo que nunca le ha venido una baja en los partidos.

Más allá de cada caso en particular, las tres experiencias tienen un denominador común que es reconocido por estas jóvenes jugadoras de hockey y que es el gran apoyo entregado por sus padres. Esto las ha motivado a seguir haciendo deporte, ya que las mamás de Fernanda, Sofía y Angela se preocupan de llevarlas a los entrenamientos, a los partidos, de prepararles su colación y de que tengan todo lo necesario para seguir practicando en forma competitiva como lo haría cualquier jovencita. Porque en el fondo la única diferencia de estas niñas es el control del azúcar en la sangre y un par de inyecciones al día.

Precauciones en el deporte

Si tiene diabetes y quiere seguir el buen ejemplo de Sofía, Fernanda y Angela de hacer deportes, es bueno tomar algunas precauciones

- Haga deportes acompañado, si es posible
- Lleve algún carbohidrato de acción rápida (azúcar, bebida no diet, jugo), alguna identificación (pulsera, medalla) y algo de dinero para llamar por telefono en alguna emergencia.
- Chequee su glicemia antes y después del ejercicio.
- Si el ejercicio es de larga duración, coma alguna merienda adicional cada cierto lapso (1 hora por ejemplo).
- Si es propenso a las hipoglicemias, ajuste la dosis de insulina.
- No se coloque insulina en la parte del cuerpo que usará más intensamente durante el ejercicio, para evitar su absorción demasiado rápida.
- Si no reduce la dosis de insulina, entonces coma una merienda extra antes del ejercicio, consistente en 10 a 15 grs de carbohidratos por cada 30 minutos de actividad física.
- Evite el ejercicio vigoroso en condiciones ambientales extremas: mucho calor, humedad o frío. A menudo se confunden los síntomas de la hipoglicemia con el exceso de calor o frío.
- Use el equipo apropiado y asegúrese que las zapatillas le queden bien para evitarle daño en los pies.
- Revise cuidadosamente sus pies por detectar heridas, callos, hongos o cualquier otro problema.
- Informe a su médico que va a iniciar un programa de ejercicios, especialmente si ya tiene cierta edad, muchos años de diabetes, ha estado inactivo mucho tiempo o ha tenido algún problema cardiovascular.
- Siempre haga ejercicios de calentamiento antes de la actividad física y de enfriamiento después.
- Tome mucha agua antes, durante y después del ejercicio, aunque no tenga mucha sed.
- Deje el ejercicio si se siente fatigado, adolorido o se está quedando sin aliento.

Recomendaciones de: The International Diabetes Athletes Association. www.diabetes-exercise.org.

DIABETES AL DIA

CAMBIO DE ESTILO DE VIDA PREVIENE LA DIABETES TIPO 2

El ejercicio y el cambio en los hábitos de alimentación pueden hacer mucho para prevenir la diabetes tipo 2, dicen investigadores de Helsinski, Finlandia, que realizaron el llamado "Estudio Finlandés para la Prevención de la Diabetes".

El estudio contempló 523 participantes de 55 años promedio y considerable sobrepeso, además de tener intolerancia a la glucosa. Por estos motivos se les considera como individuos de alto riesgo de llegar a ser diabéticos. Los participantes fueron enrolados entre 1993 y 1998 con un promedio de seguimiento de 3 años por persona.

Se les dividió en dos grupos: a 265 se les puso en el grupo de "intervención" y a 257 en el grupo de "control".

Al grupo de intervención se le dio un exhaustivo programa individual de nutrición de acuerdo a las necesidades individuales, con especial énfasis en la baja de peso y reuniones de refuerzo con la dietista cada 2 ó 3 meses. También recibieron un plan individual de ejercicios enfocados más a la resistencia y pesas que los aeróbicos y se les puso a disposición un local para hacerlos, con supervisión, 3 veces a la semana a lo menos.

Por contraste, al grupo de control se les dio una sola reunión anual con el doctor y la nutricionista. Se les proporcionó un programa standard de alimentación y se les estimuló a hacer más ejercicio y aumentar los niveles de actividad física.

En el primer año del estudio, en el grupo de intervención la pérdida promedio de peso fue de 4,5 Kg. y al segundo año fue de 3,5 Kg. Los miembros del grupo de control en cambio perdieron de promedio 0,8 Kg. el primer año y prácticamente cero el segundo año.

Ochenta y tres participantes desarrollaron diabetes durante el estudio. De éstos, 57 fueron del grupo de control y sólo 26 del grupo de intervención, demostrando la importancia de la alimentación y el ejercicio en la prevención de la diabetes tipo 2.

A pesar de que los resultados son preliminares "nuestra intervención demostró que una modesta pérdida de peso de menos de 5 kilos, combinada con una dieta saludable y ejercicio regular moderado, pueden traer grandes beneficios en personas con intolerancia a la glucosa, "dice Jaakko Tuomilehto, MD, profesor y jefe de una unidad de Diabetes y Genética Epidemiológica en Helsinski".

HUEVOS, ¿CUANTOS COMER?

En una época los huevos fueron considerados como el alimento perfecto de la naturaleza. Después, fueron vilipendiados por su alto colesterol. Ahora los huevos están de vuelta. Con razón la gente se desespera por saber de una vez por todas si puede o no comerlos.

LOS BUENOS HUEVOS

Son baratos y proveen proteínas y vitaminas A y B. Fáciles de preparar y ricos de sabor, elevan además muy poco las glicemias.

LOS MALOS HUEVOS

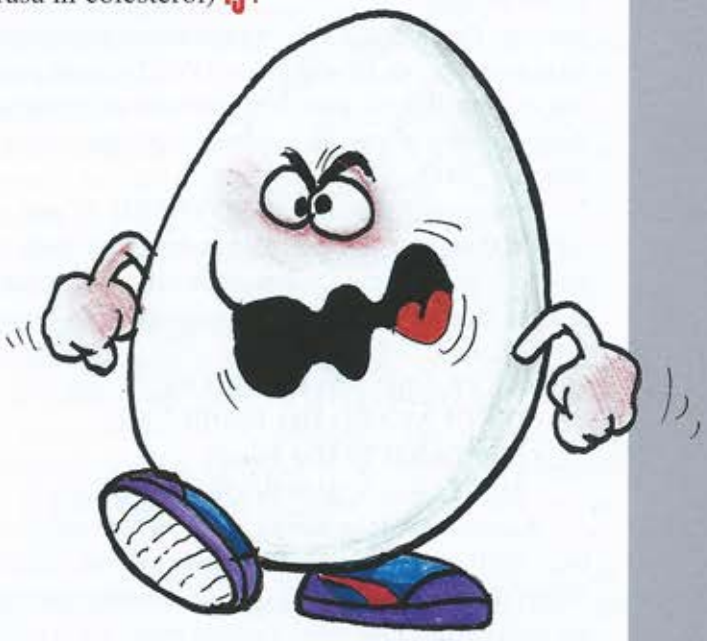
Alto contenido de grasa y colesterol asociado con enfermedades al corazón e infarto.

Un estudio sobre los huevos y las enfermedades del corazón, publicado en el Journal of the American Medical Association el 21 de abril, 1999, redimió la mala reputación del huevo pero presentó un nuevo dilema para las personas con diabetes. Investigadores de Boston encuestaron a miles de profesionales de la salud sobre sus dietas y siguieron su estado de salud por muchos años. Una vez terminado el estudio los investigadores miraron a las personas que habían tenido enfermedades al corazón o infartos y compararon sus dietas con los que no habían tenido esos problemas. El análisis mostró que las personas que comieron bastantes huevos (más de 1 al día) tuvieron el mismo riesgo de enfermedad cardíaca o infarto que las que comieron menos de 1 huevo diario. Hasta aquí, bien.

Entonces los investigadores analizaron de otra manera, buscando entre personas afectas a factores de riesgo de enfermedad al corazón como el cigarrillo, el sobrepeso y la diabetes. Entre la gente con diabetes, el aumento del consumo de huevos resultó estar asociada con un aumento del riesgo a enfermarse del corazón. Los científicos concluyeron que hace falta más investigación sobre el efecto del consumo de huevos en los diabéticos.

QUE HACER

Debido a que las personas con diabetes tienen más riesgo de enfermedad cardíaca, parece prudente tomar precauciones extras para proteger el corazón. Por ahora, hasta que se conozca más sobre el efecto de los huevos en el riesgo de enfermedades al corazón entre las personas con diabetes, es mejor limitar el número de yemas de huevos que coma. (La clara del huevo no tiene grasa ni colesterol).



Diabetes Forecast. Septiembre/2000

NUEVOS PRODUCTOS

PENFILL PARA 300 UNIDADES

Novo Nordisk, a través de su representante Pentafarma S.A., ha puesto en el mercado un nuevo lápiz de insulina Novo Pen 3, en conjunto con el Penfill 3 ml. para 300 unidades de insulina, disponibles a partir de mediados del mes de noviembre 2000.

Este nuevo Penfill de NOVOPEN 3, por su mayor tamaño, permite más autonomía para el insulino-dependiente, además de un menor costo.

Las nuevas presentaciones que estarán disponibles son:

- ACTRAPID HM Penfill 3 ml
- INSULATARD HM Penfill 3 ML
- MIXTARD 20 HM Penfill 3 ml
- MIXTARD 30 HM Penfill 3 ml

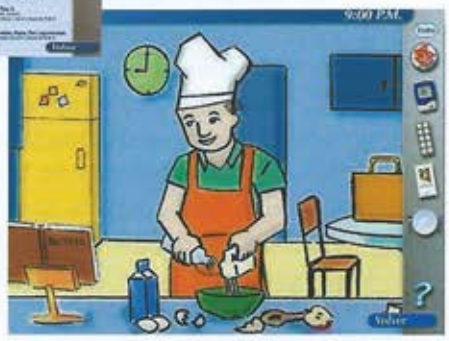
Además desde principios del mes de septiembre 2000 están disponibles las nuevas agujas NOVOFINE 31G/ 6 mm que se caracterizan por ser mas cortas, mas finas y con la punta de la aguja siliconada.

CD INTERACTIVO DE EDUCACION EN DIABETES

Fruto del trabajo de la unidad Patient Care de Roche Diagnostic - Chile, es este primer CD de Educación Interactiva en Diabetes, que contó además con la participación de connotadas personalidades de la diabetes en Chile.

Qué es diabetes, autocontrol, cuidado de los pies, ejercicios son algunos de los muchos temas que este CD trata de una manera dinámica y entretenida.

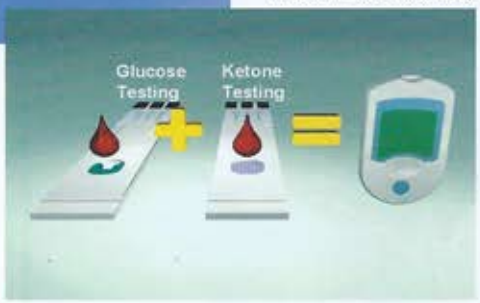
Con el patrocinio del Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación este CD está disponible desde el 25 de septiembre en nuestra Fundación, en Asociaciones de Diabéticos y cadenas de farmacias.



MONITOR DE GLICEMIAS Y CETONAS

Laboratorios Abbott de Chile con su línea MediSense ha lanzado al mercado un nuevo monitor de glicemias llamado MediSense Optium que además puede medir la presencia de cetonas en la sangre.

El equipo, muy similar al Precision Q•I•D, utiliza 2 tipos de tiras diferentes. Una viene en cajas de 50 tiras y sirven para medir glicemias de la manera convencional; la otra trae sólo 8 tiras que sirven para medir cetonas en sangre.



La MediSense Optium cuenta además con memoria para 450 datos y funciona con baterías triple A que duran 1 año o 1000 test. Estará disponible a fines de año en la Fundación y su precio será levemente superior a la Precision Q•I•D, pero se desconoce el valor que tendrán las tiras para cetonas.

INSULINA PREMEZCLADA CON LISPRO

Para aquellas personas que usan insulina pre-mezclada, E. Lilly ha puesto en el mercado una nueva combinación, pero esta vez con su insulina ultra-rápida (lispro). La mezcla se denomina Humalog Mix 75/25, lo que significa un 75% de insulina NPH o de acción intermedia y un 25% de lispro o de acción ultra-rápida.

Como es sabido, la mayoría de los diabéticos no respeta los 30 minutos de anticipación a las comidas para ponerse la insulina; generalmente lo hacen a último minuto. Previniendo esto, se ha lanzado esta nueva mezcla que puede colocarse inmediatamente antes (dentro de 15 minutos) de las comidas, ya que la insulina lispro que contiene actuará más rápidamente sobre el alza de la glicemia post-prandial.

No es recomendable su uso en personas que tienen gran sensibilidad a la insulina lispro. Tampoco se ha estudiado su efecto en personas menores de 18 años ni embarazadas.

La mezcla 75/25 viene en un pen desechable y se espera que esté disponible en la Fundación el próximo año.

VIVIR MEJOR

Es el título de este manual ilustrado que la Fundación, con el financiamiento de laboratorios Bayer, ha preparado para su uso por todas las personas adultas que se colocan insulina.

En 64 páginas a todo color, el manual va mostrando de una manera sencilla todos los conocimientos básicos que una persona con diabetes y que usa insulina, debe saber para controlarse bien y evitarse futuras complicaciones.

Comenzar a tener un rol activo en el control de la diabetes es la razón de ser de este manual, disponible gratuitamente para cualquier miembro de nuestra Fundación que lo solicite.

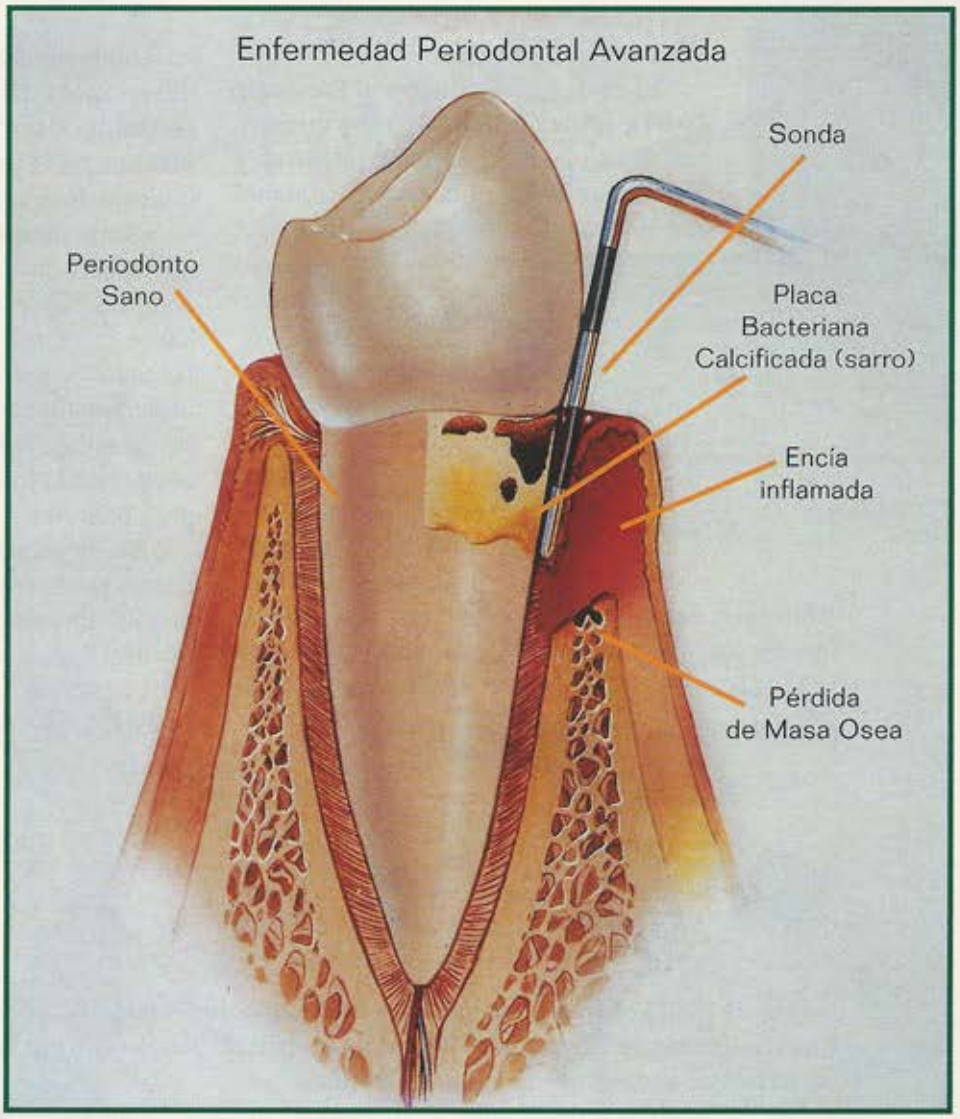
LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Dra. Violeta Pavez
Odontóloga, MD en Periodoncia

Las enfermedades periodontales causan la destrucción de la encía y el hueso que afirma los dientes. Si no se remueve adecuadamente la placa bacteriana, a lo menos 4 veces al día, se acumula en el espacio entre la encía y el diente. Estas bacterias causan una reacción inflamatoria en la encía conocida como gengivitis. Si no recibe tratamiento, esta gingivitis progresa a periodontitis, donde además existe pérdida de hueso.

En los últimos años, se ha recogido evidencia creciente de infecciones bucales que pueden tener efectos sobre la salud general, así mismo, se ha reconocido a algunas enfermedades como factor de riesgo de periodontitis.

Entre ellas destaca la diabetes. Se sabe que entre los diabéticos la periodontitis se presenta con una frecuencia dos a tres veces mayor que en individuos no diabéticos y, como toda infección, aumenta el riesgo de mal control metabólico. Afortunadamente, el tratamiento de la periodontitis en el diabético puede reducir el nivel de hemoglobina glicosilada, y por tanto su requerimiento de insulina.



¿POR QUE OCURRE ESTO?

Las glicemias altas alteran la función de las defensas del organismo (sistema inmune), por eso los diabéticos tienen mayor riesgo de desarrollar infecciones en todo el cuerpo, incluyendo la boca. La diabetes descompensada causa periodontitis, por baja de las defensas frente a las bacterias de la placa y exagera la respuesta inflamatoria de la encía. Dado que la cicatrización y reparación de los tejidos en el diabético es lenta, la destrucción resulta muy rápida.

¿CUALES SON LOS SINTOMAS DE ENFERMEDAD PERIODONTAL

Aunque son indoloras en estados iniciales, las enfermedades periodontales alteran la calidad de vida de las personas, ya que producen sangramiento de la encía, halitosis (mal aliento), movilidad dentaria, y finalmente pérdida de los dientes, con el consiguiente compromiso estético y funcional. Esta situación es especialmente impactante si se trata de menores de 30 años, afectados de un rápido y severo deterioro de su cavidad bucal, como ocurre en muchos casos de periodontitis asociada a la diabetes tipo 1.

¿SE PUEDE PREVENIR

Si, removiendo la placa bacteriana de manera eficiente, 4 veces al día, con cepillo y seda dental. El diabético deberá ser más riguroso que un no diabético, en lo que a higiene bucal se refiere.

¿Hay tratamiento ?

Sí. Aunque no se recupera la encía y el hueso perdido, la progresión de la periodontitis se puede detener con un tratamiento realizado por un especialista (periodoncista) y mucha cooperación.

Un diagnóstico precoz permite limitar el daño.

CONSIDERACIONES CLINICAS

1. Luego del diagnóstico de diabetes, todos deberían recibir instrucción de higiene oral y controles periódicos por parte del odontólogo, ya que poseen mayor riesgo que el resto de la población, de desarrollar periodontitis.

2. Algunos diabéticos tienen una respuesta inmune alterada y, ante un moderado acúmulo de placa bacteriana, sufrirán una gran destrucción periodontal. Si además tienen mal control metabólico, serán de dificil manejo tanto para el médico como para el odontólogo. No es recomendable esperar a compensar su condición metabólica, sino realizar el tratamiento de la infección periodontal en un mínimo de sesiones, complementado con antibióticos sistémicos.

3. En los casos más severos, el alivio del dolor y la rehabilitación protésica favorecerá el cumplimiento de su esquema de alimentación, el cual es fundamental para la obtención del balance metabólico.

4. Este esquema de alimentación debe ser considerado en la programación de las sesiones clínicas, ya que la duración del efecto anestésico puede retrasar la colación o merienda prevista.

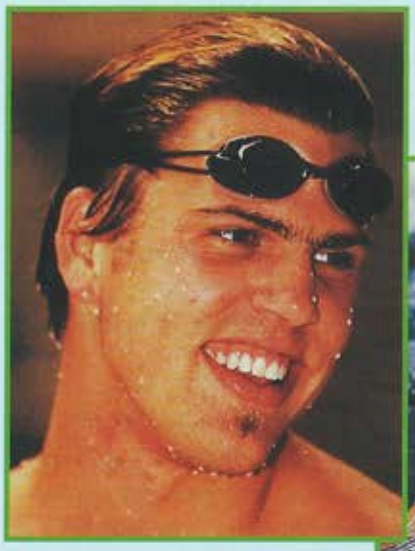
5. Dado que el ejercicio y el stress tienen efectos hipo o hiperglicemiantes, generalmente se recomienda facilitar la atención de los diabéticos en días y/o horarios especiales.

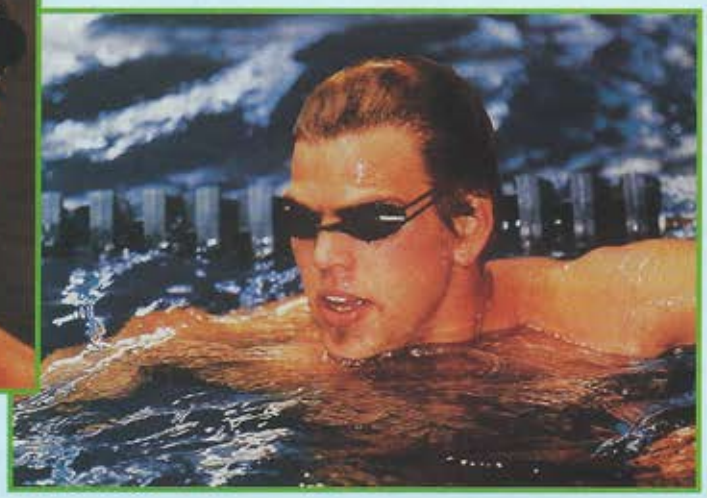
Correcto cepillado de los dientes por fuera.

... y por dentro.

DESTACADOS

CAMPEON OLIMPICO-SIDNEY 2000





"La diabetes no tiene por qué ser el fin de una vida activa. Puedo hacer las cosas tan bien o mejor que cualquier otro mientras me cuide bien".

Así piensa Gary Hall Jr., norteamericano de 25 años, a quien hace poco más de un año le fuera diagnosticada una diabetes tipo 1. Entrenando ocho horas al día, con interrupciones periódicas para hacerse glicemia y comer algo, mejoró aún más su rendimiento en la piscina y logró obtener 2 medallas de oro en 50 mts libre y posta de 4x100 medley en la reciente Olimpiada de Sydney.

Y si usted pensó dejar de hacer ejercicio por causa de la diabetes, siga el maravilloso ejemplo de Gary, desempolve las zapatillas y, ¡a la cancha!

JOVEN CAMPEON CHILENO

Franco Giraudo, de 12 años, tiene diabetes desde los 7 y al igual de Gary Hall también cree que puede nadar mejor que cualquier otro. Ya es campeón en su club Estadio Italiano y ha tenido una destacada actuación internacional compitiendo en Sao Paulo, Brasil.

ACTIVIDADES DE LA FUNDACION

V Región

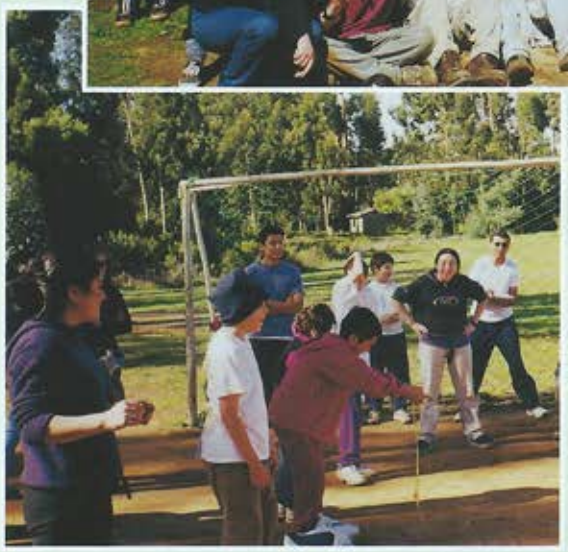
Grupo campamento.

Nuestra Filial V Región, durante los días 20, 21 y 22 de septiembre realizó su campamento anual en el Club de Campo Servicio de Bienestar del S.S.V.S.A. ubicado en Valparaíso camino a Quebrada verde.

Durante esos días campistas y monitores compartieron vivencias, juegos, ejercicios, autocontrol y educación, siendo el campista más destacado Gino Bonansco que fue ascendido a monitor.

Con cariño y abnegación nos acompañaron durante esos días la Dra. Vinka Giadodric R., la enfermera Lisette Slaibe y el psicólogo Cristián Cáceres.

La Filial V Región agradece además el apoyo prestado por los laboratorios Pentafarma, Bayer y Roche y al señor Alfonso Verschae de Buses Verschae.

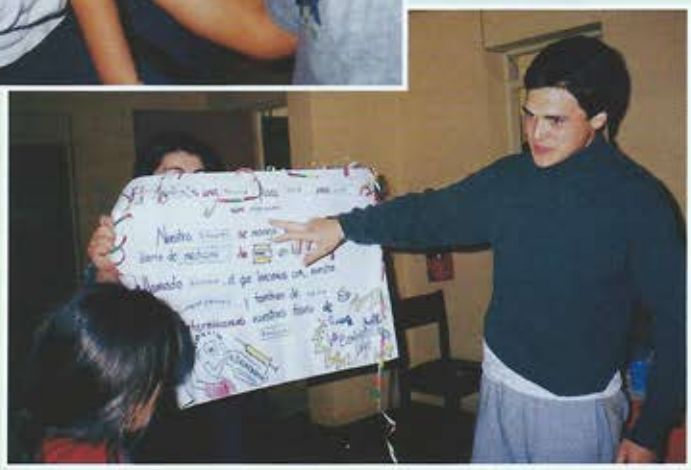


En juegos recreativos.

Yerko Pulgar aprende a inyectarse por primera vez.

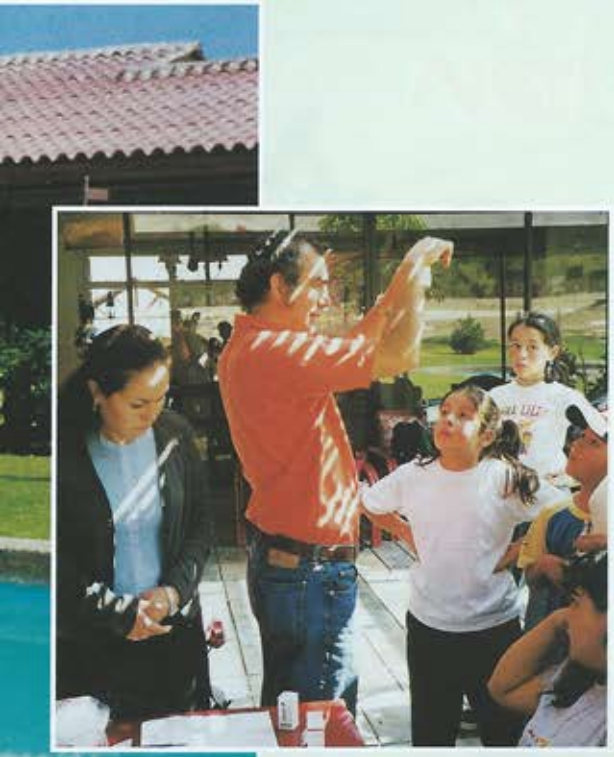
Hora de glicemias para campistas y monitores.

Gino Bonansco, en taller de autocontrol .



Antofagasta

Con reconocido entusiasmo la filial II región ha seguido desarrollando sus campamentos en Mejillones. Este año además, con la colaboración del Dr. Jaime Pérez, se reunieron para revisar y evaluar caso a caso como manejaban su diabetes los niños y jóvenes.



CAMPAMENTO
FUNDACION DIABETES

Concepción

La Corporación del Niño y Adolescente Diabético de Concepción celebró a todos los niños menores de 12 años que estuvieron de cumpleaños acompañados de los monitores que le prepararon una tarde super entretenida y muchas sorpresas.

Rancagua

En Coya, la filial VI región organizó un campamento de Fiestas patrias. Las fotos hablan por sí solas.

Doctor Carlos Reyes revisando glicemias.

Alianza ganadora.

Diego Rojas de 5 años.

Campamento Coya 2000.

Sesión Familiar

Más de 35 familias participaron en la Sesión Familiar de julio. Un fin de semana con mucho trabajo, aprendizaje y sobre todo gran emoción, es el que vinieron los padres con sus hijos que debutaron este semestre con diabetes.

Copiapó

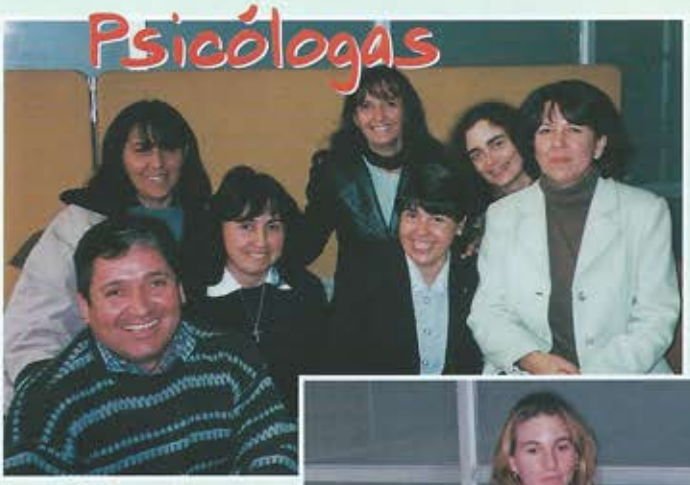
Un nuevo grupo se está organizando en esta nortina ciudad. En julio y agosto realizaron actividades educativas y recreativas con el objetivo de que los diabéticos y sus familias se conocieran y que muy pronto le den forma a una nueva filial.

Punta Arenas

Ya es tradición que nuestra representante austral organice su Sesión Familiar. Este año, con el apoyo del Dr. Jaime Pérez, se realizó una intensa jornada de trabajo para mantener al día los conocimientos y el tratamiento de nuestros socios de la XI región.

En nuestra sede

Psicólogas



Rosita Martinez. (derecha)

Con cariño y dedicación las psicólogas Rosita Martinez y Denise Trajtman atienden a los jóvenes y sus padres en nuestra Fundación.

Denise Trajtman.

Charlas

La doctora Odette Veit en una de las charlas educativas en nuestra sede.

Odette Veit.

ONE TOUCH® Profile™

- Registros de los últimos 250 datos de glicemia, insulinoterapia, eventos y actividades.
- Manejo interactivo del tratamiento. Resultados a partir de 0 mg/dl.
- Conexión a PC a través del software In Touch, permite llevar historia de por vida del autocontrol.

LIFESCAN
a Johnson & Johnson company

Novo Nordisk

INSULINAS HUMANAS ADN Recombinante HMge

- Insulatard® HM - Actrapid® HM
- Mixtard® 20 - Mixtard® 30
- Sistema Penfill® - Novo Pen 1.5 y 3.0
- GlucaGen® HypoKit

Novo Nordisk

PENTA FARMA

MAS DISEÑO

Glucometer Elite®

NINGUN OTRO SISTEMA UTILIZA MENOS MUESTRA

2µl. XL

- *Sencillo, muy fácil de usar.*
- *120 memorias con fecha y hora.*
- *Sistema único de tomar la muestra (Sip-in Sampling).*

Bayer
Sip-in Sampling

Controlando la diabetes

CARLOS FERNANDEZ 260 - FONO:(02)5208314
FAX(02)5553522 - SAN JOAQUIN, SANTIAGO.

Bayer
Diagnósticos