



algo más que aumentar las ventas

«Vengo a por mi tratamiento para la diabetes...»



Según los resultados del estudio di@bet.es\*, en 2011 la prevalencia de la diabetes tipo 2 (DM2) en España se situaba en el 13,8% de la población (cerca de 3 millones de personas), confirmando su relación con la obesidad y la hipertensión, así como la importancia de la actividad física como método de prevención. Respecto a la diabetes tipo 1 (DM1), no se han encontrado datos actualizados a escala nacional, pero los datos regionales indican una prevalencia estimada en 2012 del 0,2-0,3% sobre la población total.

Dada la alta prevalencia y el hecho de que la DM2 esté asociada a factores de riesgo sobre los que se puede intervenir, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha elaborado y actualizado una «Estrategia en diabetes» que establece planes y programas de prevención y promoción de la salud, con la finalidad de promover tratamientos eficaces, reforzar la investigación epidemiológica, básica y clínica, y promover estilos y hábitos de vida saludables que puedan evitar o retardar su aparición, así como prevenir complicaciones agudas y crónicas que tienen un impacto elevado en la calidad y esperanza de vida de quienes padecen esta enfermedad. Esta Estrategia también incorpora objetivos y recomendaciones específicas para la DM1, y una línea estratégica dedicada a la diabetes gestacional y pregestacional<sup>1</sup>.

Desde el ámbito farmacéutico puede contribuirse a estos mismos objetivos con una atención farmacéutica específica para este tipo de pacientes, y ello ha sido recogido y plasmado en diversas publicaciones, como la *Guía rápida de atención farmacéutica al paciente diabético*, publicada por el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos (dentro del Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Farmacéutica)<sup>2</sup>, o la *Guía de atención farmacéutica en diabetes*, publicada por la SEFAC<sup>3</sup> para sus asociados, por poner dos ejemplos de ámbito nacional.

**María José Alonso**

Farmacéutica comunitaria.  
Vocal de Plantas Medicinales y Homeopatía del COF de Barcelona

\*Nota: Se trata del primer estudio epidemiológico de ámbito nacional de prevalencia de diabetes, obesidad y otros problemas metabólicos y factores de riesgo asociados; ha sido realizado por el Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), por iniciativa de la Federación Española de Diabetes y de la Sociedad Española de Diabetes y con el apoyo del Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

La atención farmacéutica en la dispensación de los tratamientos prescritos es sumamente importante, y en ella debe hacerse especial hincapié en que el paciente comprenda todo lo relativo a la medicación y la importancia de la adhesión al tratamiento, cumpliendo con los objetivos de una dispensación activa y atendiendo al seguimiento farmacoterapéutico inherente a la misma.

En la farmacia dispensamos cada día un buen número de prescripciones a pacientes diabéticos, y lo hacemos bien. Nuestra posición es de gran valor estratégico para ayudar al paciente en el control de la enfermedad y la prevención de las complicaciones, y nos brinda un importante papel en la educación sanitaria de estos pacientes. Desde la farmacia podemos incidir no sólo en la prevención de riesgos vinculados a la medicación, sino también en la detección de problemas que el enfermo no siempre relaciona con su enfermedad, o que llega a considerar normales e inevitables, cuando pueden ser evitados. Todo ello sin duda ayudará a mejorar la calidad de vida del paciente.

### Controles que los diabéticos deben realizar. Intervención farmacéutica

#### Autocontrol de los parámetros de glucemia

En los pacientes diabéticos el autocontrol de los parámetros de glucosa es esencial para comprobar si el tratamiento está siendo efectivo, y en ciertos casos (bajo control médico) incluso para realizar ajustes en la medicación. También es útil para valorar su estilo de vida (tipo de alimentación, nivel de ejercicio, etc.) y establecer en caso necesario las oportunas correcciones. Una conversación distendida en el transcurso de la dispensación puede aportar información sobre los siguientes aspectos:

- Si el paciente entiende la importancia de los autocontroles y su nivel de adherencia.
- Si conoce cuáles son los valores normales de referencia.
- Si sabe qué debe hacer en caso de que éstos se encuentren por encima (hiperglucemia) o por debajo (hipoglucemia) de los valores normales.
- Si conoce los síntomas más comunes de hiperglucemia o hipoglucemia, que hacen recomendable la medición inmediata de estos parámetros (tabla 1).

Con cierta frecuencia, sobre todo en personas mayores con DM2, el manejo de los aparatos y la medida de parámetros por parte del paciente resulta difícil (problemas de visión, falta de habilidad con las manos, etc.), lo que disminuye su adherencia al tratamiento. En estos casos, y siempre que se disponga de sistemas para la determinación de parámetros bioquímicos, se puede ofrecer al paciente que realice el control en la farmacia.

Aparte de las analíticas de control programadas para la determinación de la hemoglobina glucosilada ( $HbA_{1c}$ ), que suelen hacerse cada 3-6 meses, es recomendable que el

## Tabla 1. Síntomas más frecuentes que aconsejan la medición inmediata de los índices de glucemia

### Síntomas de hiperglucemia

Aumento de la sed, sudoración, aumento de la frecuencia miccional, somnolencia, visión borrosa

### Síntomas de hipoglucemia

Mareos, temblores, sudoración, escalofríos, confusión



©iStock.com/Victor-63

paciente con DM2 realice un autocontrol de la glucemia con una frecuencia determinada:

- Una vez cada 15 días en pacientes bien controlados tratados con antidiabéticos orales.
- Una vez a la semana en aquellos tratados con antidiabéticos orales pero insuficientemente controlados.

### Prevención de complicaciones crónicas

Entre las complicaciones crónicas que puede sufrir un paciente diabético destacan las siguientes:

- Complicaciones microvasculares. Principalmente retinopatías, nefropatías y neuropatías. Suelen estar relacionadas con el control de la glucemia.
- Complicaciones macrovasculares. Enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares (ictus) y arteriopatía periférica. Estas complicaciones se relacionan principalmente con la presencia concomitante de otros factores de riesgo cardiovascular, como hipertensión, dislipemia y obesidad.

Se ha demostrado que controlar la glucemia, el peso, la dislipemia y la presión arterial contribuye a la prevención de estas complicaciones, por lo que es necesario ayudar a los pacientes diabéticos a controlar estos parámetros para que pueda disfrutar de una mejor calidad de vida.

### Control del peso y del perímetro de cintura

Desde la farmacia se puede ayudar al paciente a llevar una alimentación equilibrada de bajo índice glucémico, informándole de cuáles son los alimentos que le convienen y de aquellos que debe evitar o limitar, así como del reparto adecuado de nutrientes durante el día, especialmente de los hidratos de carbono, que deben ser de bajo índice glucémico (pastas y pan integrales, legumbres, verduras y hortalizas). Se le debe aconsejar asimismo la práctica de ejercicio regular, y ante la excusa habitual de «no tengo tiempo» recordarle que caminar media hora a buen paso diariamente es un ejercicio muy saludable y suficiente. En caso necesario, puede repartirse el paseo en periodos de 10 minutos cada uno.

Recordemos que el índice de masa corporal (IMC) se calcula según la siguiente fórmula:  $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla}^2 (\text{m}^2)$ , y que la Organización Mundial de la Salud (OMS) sitúa el punto de corte para definir la obesidad en un valor de IMC de 30 kg/m<sup>2</sup>, limitando el rango para la normalidad a valores de IMC de 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>, y el de sobrepeso a valores de IMC de 25-29,9 kg/m<sup>2</sup>.

- En los diabéticos con un IMC normal, el control de peso debería realizarse una vez al mes, para comprobar que no hay variaciones al alza que denoten cambios inadecuados de la dieta.
- En los pacientes con sobrepeso u obesidad el control debería ser semanal o quincenal.

Con cierta frecuencia nos encontramos con pacientes con normopeso y un IMC dentro de la normalidad, pero con un aumento porcentual de la grasa corporal distribuida predominantemente en la región abdominal. Según los National Institutes of Health (NIH) de Estados Unidos, un perímetro de cintura aumentado está asociado a un incremento del riesgo de padecer DM2, dislipemia, hipertensión y enfermedad cardiovascular, sobre todo cuando además el IMC es también elevado. Por ello es importante tener en cuenta el perímetro de cintura (incluso en personas con un peso normal) y aconsejar medidas dietéticas y de ejercicio si el perímetro está en medidas que suponen riesgo (tabla 2).

### Control de la presión arterial

Mantener los niveles de presión arterial por debajo de 130 mmHg, en la presión sistólica, y de 80 mmHg, en la diastólica, disminuye el riesgo de padecer problemas cardiovasculares.

Un paciente diabético con hipertensión arterial (HTA) que reciba tratamiento y tenga controlada la enfermedad deberá realizar un control de su HTA cada 3 meses. En cambio, si los valores de presión arterial no son los adecuados el paciente necesitará controles más frecuentes hasta la estabilización.

Debe recordarse al paciente hipertenso que alcanzar cifras normales significa que el tratamiento es el adecuado y está siendo efectivo, pero que ello no es motivo para discontinuar o abandonar su tratamiento para la HTA.

**Tabla 2. Perímetro de cintura (medida a la altura del ombligo) y riesgo cardiovascular y de resistencia a la insulina**

	Hombres	Mujeres
Riesgo aumentado	95-102 cm	82-88 cm
Riesgo muy aumentado	>102 cm	>88 cm

Fuente: National Institutes of Health.

### Control de lípidos

Sobrepasar los niveles adecuados de colesterol y triglicéridos aumenta el riesgo de complicaciones cardíacas y vasculares. Lo pacientes con DM2 suelen presentar alteraciones del colesterol y/o de los triglicéridos, y la mayoría tienen sobrepeso u obesidad, por lo que deberán evitar también las grasas saturadas.

- Se consideran normales los siguientes valores de lípidos:
  - Colesterol total <175 mg/dL; colesterol LDL <100 mg/dL; colesterol HDL >39 mg/dL en hombres y >46 mg/dL en mujeres.
  - El valor de triglicéridos no debe ser superior a 150 mg/dL.

El control del paciente con dislipemia se realiza por regla general cada 6 meses, aunque es el médico quien determina la frecuencia de los controles en función del cumplimiento y evolución del paciente.

Sin embargo, la realización de controles periódicos en la farmacia puede servir para constatar variaciones que conducirían a sospechar un incumplimiento de la adherencia al tratamiento o comportamientos inadecuados en cuanto a estilo de vida.

Cuando se determinan estos parámetros en la farmacia, debe tenerse en cuenta que la falta de ayuno de 12-14 horas o el ejercicio en las 3 horas previas pueden modificar los niveles de triglicéridos o de colesterol HDL, y que el paciente debe permanecer sentado para la toma de los datos.

### Control ocular

Se debe recordar al paciente que es muy importante que, aunque no tenga síntomas, realice periódicamente controles oftalmológicos para minimizar el riesgo de retinopatías. La retinopatía diabética no suele presentar síntomas palpables hasta que la lesión ya es grave. Por ello es fundamental insistir al paciente en que, aunque no perciba sintomatología, es importante que no «se salte» ninguna revisión.

Si acude a la farmacia un paciente que sabemos que es diabético quejándose o consultando por visión borrosa, pérdida de visión (a veces se detecta cuando pide unas gafas de lectura o se queja de que con sus gafas no ve bien), visión de «moscas» o sombras, o dificultad para ver de noche, deberemos remitirlo de inmediato al oftalmólogo.

Check List

# Diabetes. Situaciones y ejemplos de comunicación con el paciente

Situación	Ejemplos de comunicación con el paciente	Consejo
Control de glucemia	<p><b>Farmacéutico (F):</b> ¿Le salen bien los controles de glucosa?</p> <p><b>Paciente (P):</b> Pues hace días que no me lo miro</p> <p><b>F:</b> ¿Por qué?</p> <p><b>P:</b> Es que me resulta difícil..., me da pereza..., no tengo tiempo...</p> <p>Hablar con el paciente para que comprenda la importancia de los controles</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si se dispone de sistemas para la determinación de parámetros bioquímicos, ofrecer el servicio en la farmacia una vez cada 15 días o cada semana, según las necesidades</li> <li>• En algunos casos, el paciente tiene aparatos antiguos de determinación que resultan más complicados que los nuevos. Ofrecer información sobre los nuevos modelos</li> <li>• Suplementos. Si el paciente está en fase inicial sin tratamiento con ADO, plantas medicinales con efecto hipoglucemiante indirecto o directo: ofrecer plantas con fibra y polisacáridos no absorbibles, vainas de judía, canela, etc.</li> </ul>
Control de peso	<p>Ante un paciente con claro sobrepeso:</p> <p><b>F:</b> Ya sabe que cuidar el peso le ayuda a controlar la diabetes, ¿verdad?</p> <p><b>P:</b> Sí, el médico me dice que tengo que perder peso, pero es que no hay manera... (aquí el paciente pone excusas diversas...)</p> <p>Revisar con el paciente su alimentación y si hace o no ejercicio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corrección de malos hábitos y consejo nutricional</li> <li>• Ofrecimiento de «acompañamiento» para adelgazar y control de peso</li> <li>• Suplementos:             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Si aún no está siendo tratado con ADO, plantas con fibras y polisacáridos no absorbibles para retardar la absorción de azúcares y lípidos</li> <li>– En caso de tratamiento con ADO, control de glucemia y supervisión médica si precisa corrección posológica de los ADO</li> </ul> </li> </ul>
Control de dislipemias	<p><b>P:</b> Ahora, además de azúcar, me han encontrado el colesterol alto y me han dicho que no coma grasas, y que tengo que comer más pescado (que no me gusta nada) porque tengo el HDL bajo, pero ¿eso qué es?</p> <p><b>F:</b> El colesterol HDL es... (explicarlo detallada y claramente)</p> <p><b>P:</b> Hasta dentro de 3 meses no me vuelven a hacer otra analítica. ¿Cómo sabré mientras tanto si mejoro?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar al paciente de que las hiperlipidemias suponen un factor de riesgo cardiovascular añadido en los pacientes con DM2</li> <li>• Informar de cuál es el papel del colesterol HDL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar la alimentación del paciente para corregir malos hábitos e informar de alimentos que pueden ayudar a subir el colesterol HDL (pescado azul, frutos secos, etc.)</li> <li>• Suplementos:             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Omega-3</li> <li>– Levadura roja de arroz</li> <li>– Esteroles o estanoles vegetales</li> <li>– Chitosán</li> <li>– Plantas con fibra, polisacáridos no absorbibles</li> </ul> </li> <li>• En el caso de los suplementos que retardan también la absorción de azúcares, recordar que los pacientes en tratamiento con ADO precisan control de glucosa y control médico si es necesaria la corrección posológica de los ADO</li> <li>• Si se dispone de sistema para la determinación de parámetros bioquímicos, proponer control intermedio</li> <li>• Si se tratara de un paciente en tratamiento con estatinas, podría proponerse coenzima Q10</li> </ul>
Control de la presión arterial	<p>Paciente con diabetes tipo 2 que viene a recoger su tratamiento hipotensivo:</p> <p><b>F:</b> ¿Cómo va esa presión arterial?</p> <p><b>P:</b> Pues me la miran cuando voy al ambulatorio, cada 3 meses, y unas veces estoy bien y otras no tanto. Deben de ser los nervios...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hablar con el paciente de la importancia del control de la presión arterial para no aumentar el riesgo cardiovascular</li> <li>• Revisar su estilo de vida y establecer correcciones si es necesario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proponer control periódico intermedio, para comprobar la eficacia del tratamiento</li> <li>• Suplementos:             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Coenzima Q10 (sobre todo si hay también hiperlipidemia en tratamiento con estatinas)</li> <li>– Si no hay tratamiento hipertensivo, plantas medicinales con acción antihipertensiva: hoja de olivo, ajo (no con tratamiento anticoagulante); si hay retención de líquidos, plantas diuréticas</li> </ul> </li> </ul>

(Continúa)

Situación	Ejemplos de comunicación con el paciente	Consejo
Control ocular	<p><b>P:</b> ¿Me puede enseñar gafas de lectura? Cada poco me las tengo que cambiar, pero no veo bien con ninguna.</p> <p><b>F:</b> ¿Es usted diabético?</p> <p><b>P:</b> Sí, pero ¿qué tiene que ver?</p> <p><b>F:</b> ¿Ha ido usted al oculista?</p> <p><b>P:</b> Fui a la revisión del año pasado. Pero esto es por la edad. En la oficina nos pasa a todos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recordar al paciente diabético que, en su caso, aparte de los controles anuales debe acudir al oculista cada vez que tenga trastornos de la vista, sean los que sean, para descartar una posible retinopatía diabética</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si se trata de prevenir o retrasar la aparición de retinopatía diabética y el paciente ha pasado sus controles sin que se le hayan detectado cambios, se pueden indicar suplementos a base de:             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Carotenoides no provitamina A: luteína, zeaxantina, astaxantina, licopeno</li> <li>– Otros nutrientes: arándano (<i>Vaccinium myrtillus L.</i>), curcumina, ácidos grasos omega-3, transresveratrol, pyngogenol, benfotiamina, vitamina B<sub>12</sub>, delta-tocotrienol, vitamina C</li> </ul> </li> <li>• Se comercializan complementos alimentarios especialmente diseñados para proteger la retina, fortalecer los vasos y favorecer la agudeza visual</li> </ul>
Cuidados bucodentales	<p><b>P:</b> Deme unos chicles, que siempre tengo la boca seca.</p> <p><b>F:</b> ¿Hace mucho que le pasa? ¿Es usted diabético?</p> <p><b>P:</b> Sí, la verdad es que hace tiempo que me pasa, y sí hace algún tiempo que me han diagnosticado diabetes</p> <p>Otros ejemplos de situación: paciente diabético que demanda un colutorio porque le sangran las encías o pasta para prevenir las caries.</p> <p>En uno y otro caso, debemos informar al paciente diabético de que tiene un mayor riesgo de sufrir afecciones bucales. Recomendar especial atención a la higiene bucal y visita al odontólogo dos veces al año</p> <p>Ofrecer la información oportuna</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si padece caries o tiene propensión a padecerla:             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pasta y colutorio fluorado y con acción antiplaca; cepillo de dientes suave para evitar herir las encías, y seda y/o cepillos interdetales</li> </ul> </li> <li>• Si presenta gingivitis o tiene propensión a padecerla:             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pasta y colutorio específicos para el cuidado de las encías; cepillo de dientes suave o especial para las encías, y seda y/o cepillos interdetales</li> </ul> </li> <li>• Si padece xerostomía:             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pasta y colutorio específicos; cepillo de dientes suave; chicles; comprimidos para disolver en la boca y/o esprays humectantes, y sustitutos de saliva</li> </ul> </li> <li>• En caso de úlceras bucales, es conveniente remitir al paciente al médico para descartar candidiasis; para aliviar el dolor pueden utilizarse productos a base de ácido hialurónico</li> </ul>
Pie diabético	<p><b>P:</b> Me han diagnosticado diabetes y me han dicho que tengo que tener mucho cuidado con los pies, para no hacerme rozaduras ni heridas. Pero ¿cómo hago para evitarlo?</p> <p>Ofrecer la información oportuna</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aconsejar:             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Calcetines para pie diabético</li> <li>– Jabones «syndet» para la higiene diaria (no dejar en remojo más de 10 minutos y usar agua tibia)</li> <li>– Loción o crema hidratante para pies de uso diario (existen productos especiales para pie diabético)</li> <li>– Tijeras de punta roma para cortar las uñas de los pies</li> <li>– Limas para redondear los bordes</li> </ul> </li> <li>• En caso de heridas o rozaduras, lavar con suero fisiológico, tapar con un apósito y consultar al médico</li> </ul>

ADO: antidiabéticos orales.

### Cuidados bucodentales

El paciente diabético tiene un mayor riesgo de sufrir infecciones periodontales, gingivitis, caries, xerostomía, candidiasis bucales o líquen plano. Por tanto, debe recomendarse que realice dos revisiones anuales para detectar cualquier posible complicación.

La sequedad bucal (xerostomía) está asociada a problemas bucodentales graves, como gingivitis, destrucción dental, dolor en los tejidos blandos y en la lengua, halitosis y problemas digestivos. Sin embargo, los tratamientos con medicamentos sialogogos suelen tener efectos secundarios

desagradables y abundantes contraindicaciones, por lo que la mejor alternativa en el consejo farmacéutico son los productos sustitutivos de la saliva y los estimulantes salivales en aquellos casos en los que las glándulas salivales funcionan total o parcialmente. En los casos más leves, la estimulación de producción de saliva se puede obtener con caramelos o chicles sin azúcar que no tengan un pH ácido, ya que podría acabar dañando el esmalte dental.

Los sustitutivos de la saliva son preparados de composición muy semejante a la saliva en cuanto a proporción porcentual de Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup>, con una viscosidad y pH equiva-



lente a la saliva endógena. Se aplican localmente tantas veces como sea necesario para mantener la boca hidratada.

Para estimular la producción natural de saliva, existen gamas específicas de productos en forma de chicles, comprimidos para disolver en la boca y esprays humectantes que generalmente contienen sustancias que estimulan la producción de saliva sin deteriorar el esmalte dental. En el mercado farmacéutico disponemos de líneas completas de productos diseñados específicamente para aliviar la sintomatología de la boca seca, que incluyen pastas y colutorios para la higiene diaria además de los estimulantes y humectantes<sup>4</sup>.

Es aconsejable que el paciente diabético ponga especial atención en la higiene y cuidado diario de su boca para prevenir estos problemas. En la farmacia puede encontrar el mejor consejo y los mejores productos: cepillo dental con cerdas suaves, dentífricos fluorados, hilo dental, enjuagues bucales, etc.

### Cuidado de los pies. Pie diabético

Una de las complicaciones más frecuentes en los diabéticos es la del llamado «síndrome del pie diabético», que la OMS define como un conjunto de problemas con presencia de ulceración, infección y/o gangrena del pie asociados a la neuropatía diabética y a diferentes grados de enfermedad vascular periférica. Es el resultado de la interacción compleja de diferentes factores inducidos por una hiperglucemia mantenida. Se calcula que el 15% de los diabéticos desarrollarán a lo largo de su vida una úlcera en el pie. Las amputaciones debidas a complicaciones del pie diabético constituyen alrededor del 70% de las amputaciones no traumáticas.

Los pies soportan el peso del cuerpo, van encerrados en el calzado y están sometidos a un trabajo diario y continuo. Con el paso del tiempo y la progresión de la enfermedad, la circulación y la sensibilidad en esta zona pueden verse afectadas, lo que aumenta los riesgos. Los diabéticos cuya enfermedad tiene más de 10 años de evolución y que presentan un deficiente control de la glucemia, riesgo añadido por tabaquismo y hábitos higiénicos deficientes tienen un riesgo aumentado de padecer estos problemas.

La revisión de los pies tendría que ser diaria o por lo menos semanal, si es posible con la colaboración de una persona que ayude a examinar aquellas partes del pie de difícil acceso visual para el paciente. El diabético debe ser especialmente cuidadoso en la desinfección y cuidado de cualquier pequeña herida, ampolla o roce, pues pueden dar lugar fácilmente a complicaciones. Las uñas demasiado largas, demasiado cortas o mal cortadas pueden dar problemas y ser causa de infección. El mejor momento para cortar las uñas es después del baño. Deben cortarse de forma horizontal, con bordes rectos y limando las puntas. Además, no deben cortarse demasiado (como mucho sobresalir 1 mm por delante del pulpejo del dedo), y no han de utilizarse nunca tijeras con punta, alicates de manicura, hojas de afeitar, limas metálicas, etc.



©iStock.com/bbbrn

En la página web de la Fundación para la Diabetes se dan normas muy útiles de cuidado<sup>5</sup>.

Es conveniente que estos pacientes utilicen calzado especial, bien forrado y con forma anatómica. El farmacéutico debe recomendarles que usen calcetines especiales para pie diabético. Son calcetines anatómicos, sin costuras, con acolchado extra en la planta, no compresivos en el borde y con forma especial en el talón para evitar roces.

Otro aspecto de particular importancia es la hidratación de la piel, esencial para la conservación de la salud de los pies, por lo que se aconseja el lavado diario con agua tibia y jabones «syndet» y la aplicación tras el secado de una crema o loción hidratante (no debe aplicarse entre los dedos, espacio que ha de secarse cuidadosamente sin frotar). Existen líneas especiales de higiene y cuidado del pie diabético con productos específicos para la hidratación que favorecen la microcirculación, aumentan la temperatura de la piel e hidratan en profundidad.

### Suplementos y fitoterapia Antioxidantes generales

Aunque lo recomendable es que los diabéticos cubran sus necesidades nutricionales con una dieta equilibrada, también es cierto que en la diabetes se produce un aumento de estrés oxidativo, por lo que serán de utilidad aquellos suplementos y vitaminas que tienen acción antioxidante, como las vitaminas E y C, la coenzima Q10 (como coadyuvante parece útil en diabéticos hipertensos y/o en tratamien-

to con estatinas) y otros complementos alimentarios de acción antioxidante.

### Protectores de la retina

Como se ha comentado, uno de los principales riesgos que sufren los diabéticos es la retinopatía diabética. Para estos casos, existen estudios sobre los posibles efectos protectores de los complementos alimentarios a base de:

- Carotenoides no provitamina A: luteína, zeaxantina, astaxantina, licopeno.
- Otros nutrientes: arándano (*Vaccinium myrtillus L.*), curcúmina, ácidos grasos omega-3, transresveratrol, pyngogenol, benfotiamina, vitamina B<sub>12</sub>, delta-tocotrienol y vitamina C.

### Plantas medicinales con efecto hipoglucemiante

Pueden ser útiles, junto a la dieta y el ejercicio, en los estados de prediabetes en que aún no es necesario instaurar tratamiento farmacológico, y como coadyuvantes de los tratamientos orales de DM2. En este último caso, se requerirá la realización de controles de glucemia y la supervisión médica para la corrección, en caso necesario, de las dosis de antidiabéticos orales. Deben tomarse siempre separadamente de otros medicamentos.

- Con acción retardadora de la absorción de glúcidos y lípidos: algarroba (*Ceratonia siliqua*), goma guar (*Cyamopsis tetragonoloba*), ispágula (*Plantago ovata*) y otras plantas con polisacáridos no absorbibles.
- Con otros mecanismos de acción:
  - Vainas de judía (*Phaseolus vulgaris*). Su efecto suavemente hipoglucemiante se asocia a la producción de un inhibidor de la alfa-amilasa que reduce el pico posprandial de glucosa en sangre, al tiempo que parece reducir la absorción de hidratos de carbono.
  - Canela (*Cinnamomum zeylanicum* o *Cinnamomum verum*). El consumo de la canela se asocia a una disminución estadísticamente significativa de los niveles en plasma de glucosa, colesterol total, colesterol LDL y triglicéridos, y a un aumento en los niveles de colesterol HDL, en pacientes con DM2. Sin embargo, no ha constatado un efecto significativo en la HbA<sub>1c</sub>. Por lo tanto, parece un suplemento prometedor, pero por el momento no se han establecido completamente las dosis ni la duración de los tratamientos<sup>6</sup>.

### Comunicación con el paciente

A menudo en la farmacia se reciben consultas de pacientes a los que se ha diagnosticado un estado inicial de diabetes que aún no precisa tratamiento farmacológico, pero sobre el que nos expresan preocupación o diversas dudas: cuál es la alimentación y/o el ejercicio más conveniente; cómo pueden evitar que la enfermedad evolucione; cuáles son las posibles complicaciones, o cuál será el tipo de tratamiento si no se controla con dieta y ejercicio. Estas consultas plan-

tean un escenario perfecto para ofrecer nuestro consejo y asesoramiento. Debemos ayudar al paciente a comprender su enfermedad y los cuidados que requiere, y animarlo a llevar un estilo de vida saludable que pueda ayudarlo a estabilizar el proceso y retardar su desarrollo, como son la acción conjunta de una alimentación adecuada y la práctica de ejercicio, el abandono del tabaco y del consumo excesivo de alcohol, cuando proceda, perder peso si tienen sobrepeso, realizar controles periódicos de parámetros bioquímicos (glucosa, lípidos) y de la presión arterial, etc.

Otra ocasión para hablar con el paciente con DM2 y descubrir sus necesidades, ayudándole a un mejor control de su enfermedad, es durante la dispensación de los medicamentos. Cuando un paciente diabético viene a recoger sus prescripciones, podemos hacerle preguntas simples del tipo: ¿cómo le salen los análisis, ¿ya se cuida los pies?, ¿hace mucho que no se mide la presión arterial?, etc. Además de mostrar nuestro interés por la salud del paciente, cosa que sin duda agradecerá, nos darán información sobre posibles situaciones en las que nuestra intervención puede ser beneficiosa.

No debemos olvidar que, en las etapas iniciales de la DM2, la dieta y el ejercicio suelen bastar como tratamiento de inicio, aunque a medida que la enfermedad progresa el paciente necesitará tratamiento farmacológico junto con la dieta y el ejercicio. Por ello las suplementaciones con complementos alimentarios de acción antidiabética pueden ser beneficiosas y constituir una indicación farmacéutica en la fase sin tratamiento farmacológico, pero serán sólo un coadyuvante y necesitarán supervisión médica si el paciente está en tratamiento farmacológico o si los controles de glucemia indican que se requiere corrección de la dosis o de la pauta posológica de los antidiabéticos orales.

### Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales. Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud. Actualización. 2012. Disponible en: [http://www.sediabetes.org/Estrategia\\_en\\_diabetes\\_del\\_SNS\\_Accesible.pdf](http://www.sediabetes.org/Estrategia_en_diabetes_del_SNS_Accesible.pdf)
2. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Farmacéutica 10. Guía rápida de atención farmacéutica al paciente diabético. 2010. Disponible en: [http://www.portalfarma.com/inicio/serviciosprofesionales//planestrategico/acciones/Documents/DIAB\\_Guia\\_Rapida.pdf](http://www.portalfarma.com/inicio/serviciosprofesionales//planestrategico/acciones/Documents/DIAB_Guia_Rapida.pdf)
3. SEFAC. Guía de atención farmacéutica al paciente diabético 2012.
4. Antoranz A, Casado L, Corral C, Cerero R, López P. Pacientes con xerostomía: un reto terapéutico para el odontostomatólogo. *Cient Dent*. 2011; 8(3): 213-217.
5. Disponible en: [http://www.fundaciondiabetes.org/activ/camp\\_cuidadopies/box\\_camp\\_cuidadopies.htm](http://www.fundaciondiabetes.org/activ/camp_cuidadopies/box_camp_cuidadopies.htm)
6. Allen RW1, Schwartzman E, Baker WL, Coleman CI, Phung OJ. Cinnamon use in type 2 diabetes: an updated systematic review and meta-analysis. *Ann Fam Med*. 2013; 11(5): 452-459. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3767714/pdf/0110452.pdf>