

LOS PROTOCOLOS DE CORREO FARMACÉUTICO

ATENCIÓN FARMACÉUTICA

DIABETES (2ª parte)

Información realizada por Débora Alit

LO QUE HAY QUE HACER

Tras el diagnóstico precoz que evite complicaciones

Como toda enfermedad crónica, la diabetes requiere un cuidado continuo y una educación correcta para prevenir complicaciones agudas y reducir el riesgo de problemas mayores a largo plazo. Cuando diagnóstico y tratamiento se realizan en una fase temprana, la calidad de vida del paciente mejora y la enfermedad puede mantenerse bajo control.

Diagnóstico

Aunque el diagnóstico de la enfermedad corresponde al médico los farmacéuticos tienen un contacto muy estrecho con algunos pacientes y esto puede facilitar el diagnóstico, con la correspondiente recomendación de acudir al médico para el diagnóstico definitivo y la prescripción. Para diagnosticar la diabetes se requiere realizar una glucemia basal y en ocasiones una curva de glucemia. La determinación de la glucemia se hará con sangre capilar o venosa. La glucemia capilar es práctica para realizar un diagnóstico de sospecha o de control pero no para uno de confirmación (se obtienen valores unos 5 mg/dl más altos que en sangre venosa). Los valores de referencia para la glucemia basal (en ayunas) son, para la glucosa normal, 65-105 mg/dl; para una alteración de la glucosa, entre 110 y 126 mg/dl, y para establecer una diabetes, un mínimo de 126 mg/dl. Otra prueba es la glucosa posprandial, que se realiza tras administrar vía oral 100 g de glucosa a adultos y 1,75 g/kg a niños dos horas después de haber

cribado y prestar atención a las personas con factores de riesgo, a saber: madres de niños macrosómicos (que pesan más de 4,1 kg al nacer) e hijos o hermanos de diabéticos, que padezcan sobrepeso o que tengan una edad determinada. A cada condición se le asignará unos puntos, y si la persona acumula un número determinado se le realizará una prueba de glucemia en sangre capilar. En caso de resultado positivo se derivará al médico. Los pacientes con glucemia basal alterada serán vigilados periódicamente (puede ser una situación de riesgo cardiovascular), debiendo realizar una glucemia basal cada 6 meses y HbA1c anual. También se les recomendarán medidas dietéticas y ejercicio físico. Los factores de riesgo más influyentes son pertenecer a una franja de edad por encima de los 65 años y tener sobrepeso. El colesterol, por ejemplo, es poco influyente.

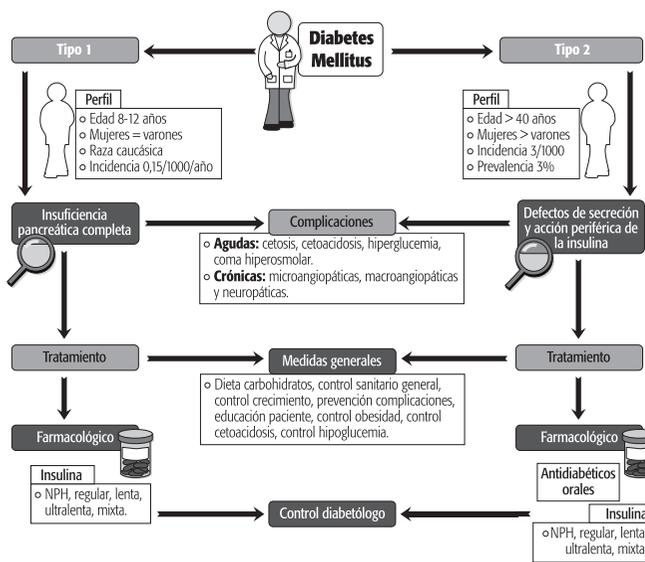
Tratamiento

En la DM1 el tratamiento requiere un régimen estricto que incluye una dieta cuidadosamente planeada, actividades físicas, pruebas de glucosa en sangre varias veces al día e inyecciones de insulina diarias. En DM2 el tratamiento incluye control de la dieta, ejercicio, pruebas de glucosa en sangre y, en algunos casos, medicamentos orales y hasta insulina (en cerca de un 40 por ciento de los pacientes). El objetivo es acabar con las enfermedades asociadas, hacer que desaparezcan los síntomas, modificar los hábitos de vida dañinos (alcohol, tabaco, inactividad), normalizar el estado nutricional y prevenir las complicaciones agudas y crónicas. Como norma general, todos los pacientes comienzan el tratamiento con dieta y ejercicio durante al menos tres meses. La modificación del estilo de vida pronto se manifiesta insuficiente, por lo que habrá que recurrir a un tratamiento combinado que se desarrolla en 6 etapas:

DEBE SABER...

- Hasta la utilización de insulina, los diabéticos solían morir por complicaciones metabólicas. Actualmente la principal causa son las complicaciones macrovasculares.
- No hay medicamento alguno contraindicado en la diabetes, si es necesario.
- En caso de dolor o fiebre, administrar los analgésicos antitérmicos habituales. Si se administran jarabes o sobres, que contengan edulcorantes a base de sacarina o aspartamo.
- Las malformaciones fetales en embarazos de mujeres diabéticas que no reciben un cuidado especializado es del 10%, cuando en las madres sanas no llega al 1,5%.

Protocolo de Diabetes Mellitus



1. **Dieta + ejercicio:** los pacientes con hiperglucemia postprandial (glucemias basales menores o iguales a 150 mg/dl) serán controlados mediante dieta y un incremento de la actividad física acorde con la edad, sexo, peso y condiciones cardiorrespiratorias del paciente.
2. **Dieta + ejercicio + monoterapia oral:** se recurre a la acarbosa, la metformina o la rosiglitazona. Para los obesos con problemas para perder peso puede utilizarse orlistat, fármaco que reduce la absorción de grasa intestinal.
3. **Dieta + ejercicio + ADO (antidiabético oral):** cuando el paciente tenga una glucemia basal de 151-270 mg/dl. En personas no obesas y con glucemias basales por debajo de 200 mg/dl puede emplearse un fármaco inductor de la secreción de insulina o sulfá.
- 4, 5 y 6. **Tratamiento combinado:** se mezclará o un fármaco contra la resistencia a la insulina y un insulinoscretor (estadio 4), o bien insulina NPH y terapia oral durante el día (estadio 5) o bien se pinchará al enfermo durante el día (estadio 6). En el caso de utilizar insulina deben tenerse en cuenta las interacciones de ésta con otros fármacos, ya que en ocasiones el paciente olvida comentar al médico su enfermedad (ver cuadro de Interacciones de la insulina con otros fármacos). Además, las necesidades de insulina pueden variar en caso de fiebre (hará falta menos

(Continúa en la pág. 16)

25 AÑOS TRABAJANDO PARA CONSEGUIR UN OBJETIVO COMÚN A PROFESIONALES Y PACIENTES: "EL BIENESTAR Y MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA"

A.MENARINI diagnostics



- ✓ Línea directa Atención al cliente 902.301.334: Asesoramiento e Información sobre el uso de todos nuestros productos (Control de la Diabetes, Test Rápidos, Analizadores de Química Seca, Urianálisis y Hematología)
- ✓ Material informativo y educativo.
- ✓ Programa informático para la descarga y gestión de glucemias MenaDiab® disponible gratuitamente en www.diabetesmenarini.com

Via Trajana, 15 - 08930 San Adrián del Besós (Barcelona) Tel.: 93 507 10 00 - Fax: 93 278 02 15 Tel. - Atención al cliente: 902 301 334 - www.menariniidiag.es



(Viene de la pág. 15)

dosis), enfermedades hepáticas (menos dosis), embarazo (requerirá menos dosis en el primer trimestre y más en los dos segundos). Consumir alcohol se desaconsejará, pues produce hipoglucemia.

Complicaciones

Dadas las complicaciones a corto y largo plazo que genera, la diabetes es una de las principales causas de morbimortalidad. Estas complicaciones se dividen en agudas y crónicas; las primeras suelen tener una manifestación más escandalosa y se tratan en los centros hospitalarios, mientras que las complicaciones crónicas, que son alteraciones irreversibles de los tejidos del organismo, pueden pasar inadvertidas mucho tiempo:

• Complicaciones agudas:

1) **Cetosis:** es muy frecuente. Consiste en la presencia de cuerpos cetónicos en la orina, en ausencia de acidosis metabólica.

Causas: aporte insuficiente de hidratos de carbono que conduce al organismo a utilizar las grasas para obtener energía, las cuales se degradan en el hígado y producen los cuerpos cetónicos; déficit de insulina.
Síntomas: ardor de estómago, pérdida de apetito, náu-

seas, cansancio, hiperglucemia y aliento característico.

2) **Cetoacidosis diabética:** típica de pacientes jóvenes de DM1, es consecuencia de un déficit de insulina; el exceso de glucosa en sangre es eliminado parcialmente por el riñón (glucosuria), dando lugar a diuresis elevada (poliuria) con la consiguiente pérdida de agua y electrolitos. La pérdida de agua origina aumento de la sed (polidipsia) y deshidratación.

Causas: infecciones intercurrentes, uso inadecuado de la insulina, aparición de la diabetes, ingesta inadecuada, ingesta de alcohol, toma de fármacos (esteroides, diuréticos, etc.) o embarazo.

Síntomas: náuseas, vómitos, sed, poliuria, calambres en piernas, dolor abdominal, aliento cetótico, deshidratación, taquicardia e hipotensión. Glucemia superior a 250 mg/dl, cuerpos cetónicos en orina y acidosis metabólica.

3) **Hipoglucemia:** los valores de glucemia caen por debajo de 50-60 mg/dl. Es frecuente en el tratamiento con insulina o sulfonilureas y muy habitual entre diabéticos adolescentes, cuando el desarrollo físico provoca desequilibrios en la dosificación.

Causas: exceso o error en la dosis, disminución o retraso en las tomas de alimento, ejercicio físico fuera de lo habitual, disminución de la función renal o hepática, ingesta excesiva de alcohol, toma de otros fármacos, enfermedades intercurrentes...

Síntomas: astenia, cefalea, confusión, sudoración, taquicardia, ansiedad, temblor, sensación de hambre, trastornos del comportamiento y coma diabético. Los síntomas pasan inadvertidos cuando el enfermo está tratado con beta-bloqueantes, clonidina, reserpina o guanetidina.

4) **Coma hiperosmolar no cetótico:** deshidratación muy intensa, hiperglucemia muy grave y ausencia de acidosis. Aparece ligado a ancianos con DM2 y a enfermedades como gastroenteritis o infecciones urinarias, en las que hay gran deshidratación. El pronóstico es peor que en la cetoacidosis, con un elevado porcentaje de fallecimientos por infarto, trombosis, embolismo, etc.

• Complicaciones crónicas:

1) **Microangiopatías:** afectan a los vasos de pequeño

Detección de la diabetes en la farmacia

• **Población diana:** personas que aleatoriamente entran en la farmacia, son mayores de 35 años y nunca se les ha diagnosticado diabetes.

• **Test de riesgo de la Asociación Americana de Diabetes:**

1. Soy una mujer que ha tenido un hijo/a con un peso superior a 4,1 kg al nacer. (1 punto).
2. Tengo un hermano/a con diabetes. (1 punto).
3. Mi padre o madre tiene diabetes. (1 punto).
4. Tengo exceso de peso. (5 puntos).
5. Tengo menos de 65 años y realizo poco o ningún ejercicio. (5 puntos.)
6. Tengo entre 45 y 64 años. (5 puntos).
7. Tengo 65 años o más. (9 puntos).

• Qué hacer según el resultado:

- Respuesta positiva: se suman los puntos indicados en cada pregunta.
- Respuesta negativa: se computa un cero.
- Menos de diez puntos: presenta un riesgo bajo de padecer diabetes ahora; finaliza la actuación, ofreciendo consejos generales para evitar la apari-

ción de la diabetes.

→ Diez o más puntos: hay factores de riesgo de padecer diabetes; se procede a una determinación de glucosa capilar, esté el paciente o no en ayunas.

• Determinación de glucosa capilar:

→ En caso de que la prueba refleje un valor superior a 100 mg/dl (miligramos por decilitro) de glucosa en sangre en ayunas, o a 120 mg/dl si la prueba no se realiza en ayunas, se le deriva al médico, con informe escrito, para que realice las pruebas que estime oportunas, diagnostique o descarte la enfermedad y prescriba tratamiento,

→ Si los valores son inferiores finaliza la actuación, ofreciendo consejos generales para evitar la aparición de la diabetes.

• **Seguimiento:** 15 días después de la derivación se contacta con el paciente para conocer la situación: si acudió al médico, resultados de las pruebas, tratamiento prescrito, etc., para saber si existía o no diabetes oculta y, en caso afirmativo, ofrecerle la posibilidad de seguimiento farmacoterapéutico.

Fuente: ADA.

calibre. Las lesiones oculares en la retina en la actualidad son prácticamente inevitables entre diabéticos tipo 2 con más de 10 años de evolución, y producen síntomas que van desde fallos en la refracción hasta la ceguera. La diabetes afecta primero a los capilares, originando microaneurismas, incremento de la permeabilidad vascular y desprendimiento de retina por tracción. Factores de riesgo son la edad del paciente al comenzar la diabetes, la duración de la enfermedad, el grado de control, la hipertensión arterial, los embarazos o la insuficiencia renal. La nefropatía diabética es otra complicación grave de la enfermedad, aunque en este caso no existe una relación tan directa con la antigüedad de la enfermedad (puede que haya otros factores implicados, aún no establecidos).

2) **Macroangiopatías o arteriosclerosis:** afecta a los vasos de gran calibre. No son específicas de los diabéticos pero éstos las sufren con mayor frecuencia y tienen una evolución más rápida. La lesión fundamental es la placa de ateroma, con localización preferente en las extremidades inferiores. Se manifiesta en forma de claudicación intermitente, atrofia muscular y cutánea, úlceras, etc. Si la localización es coronaria pueden contribuir a la aparición de angina de pecho o infarto de miocardio y afecta también a la circulación cerebral. La manifestación más frecuente se reflejará en los pies, muy vulnerables por la falta de riego (que provoca que las lesiones se curen más lentamente) y por la afección neurológica, que hace que los pacientes pierdan sensibilidad y requieran un cuidado especial.

3) **Neuropatías:** afectan al sistema nervioso (neuropatía

A pie de mostrador

¿Existen interacciones con otros medicamentos?

Sí. Debe advertir a su médico o farmacéutico de que es diabético, por las interacciones que puedan surgir con la medicación habitual o con la propia enfermedad.

¿Cómo debo pincharme la insulina?

Dos consejos útiles: 1º) Frotar la zona de aplicación y NO masajear la zona tras la inyección. 2º) Si notan algún bulto debajo de la piel o un enrojecimiento excesivo en la zona de aplicación consulten al médico.

¿Ha salido algún medicamento nuevo?

Continuamente aparecen especialidades con mejoras en cuanto a farmacocinética, efectos secundarios, etc., pero será el médico el que instaure el tratamiento adecuado. No debe romperse el equilibrio.

¿Cómo y cuándo debo tomar la medicación?

El paciente diabético debe seguir al pie de la letra las instrucciones dadas por su médico, aunque, basándose en evidencias proporcionadas por un buen autocontrol, puede modificar la dosis de insulina 1 ó 2 unidades. Factores como el ejercicio, la dieta o el estrés pueden alterar los parámetros de glucemia.

¿Qué pasa si no me tomo esto o lo otro?

Hay que seguir una disciplina regular en diversos campos para no desarrollar complicaciones a largo plazo. El paciente diabético, en mayor medida que cualquier otro, debe respetar y no saltarse su medicación. Para cualquier cambio en las dosis, consultará a su médico.

SISTEMAS DE MEDICIÓN Y GESTIÓN DE GLUCEMIAS



GLUCOCARD MEMORY 2

La sencillez en el Control

- ✓ 20 memorias
- ✓ Sin botones

Glucocard Memory 2 Set
C.N. 183.590



www.diabetismenarini.com

Descarga gratuita del programa

MenaDiab®



MenaDiab®

Programa Informático para la descarga y control de glucemias



GLUCOCARD MEMORY PC

El Perfecto Control

- ✓ Memoriza 120 resultados con Fecha y Hora
- ✓ Conectable a ordenador

Glucocard Memory PC Set
C.N. 266.064



A.MENARINI diagnostics

www.diabetismenarini.com

Via Trajana, 15 - 08930 San Adrián del Besós (Barcelona) Tel.: 93 507 10 00 - Fax: 93 278 02 15 - Atención al cliente: 902 301 334 - www.menariniidiag.es

periférica o neuropatía vegetativa). La neuropatía no guarda relación con el tiempo transcurrido desde que se diagnosticara la enfermedad. Las lesiones son irreversibles, y pueden consistir en trastornos en la sensibilidad al dolor y a la temperatura (especialmente en extremidades inferiores) y en parálisis motoras a cualquier nivel (ésta suele ser reversible). Cuando se trata de una neuropatía vegetativa pueden producirse anomalías en la regulación de la presión arterial, diarreas o impotencia sexual. Las primeras manifestaciones son la sensación de dolor y quemazón.

Seguimiento y educación terapéuticos

El seguimiento incluirá controles de la tensión arterial, de las posibles complicaciones y un control glucémico intensivo, que el enfermo deberá aprender a realizar por medio del autoanálisis, el cual el paciente debe tener claro que no es un elemento de *tortura* sino la mejor manera de adaptar su medicación.

En cuanto a la educación terapéutica, el enfermo puede haberla recibido ya de manos de otros profesionales sanitarios pero será necesario insistir en aspectos del autocontrol como la alimentación, el peso, no fumar o consumir las menores cantidades de alcohol posibles. Asimismo, el enfermo deberá tener conocimientos sobre su enfermedad, los síntomas de alarma a los que deberá prestar atención, el autocuidado de zonas clave como los pies o qué debe hacer ante situaciones especiales como los viajes.

Alimentación

Dado que el 80 por ciento de los diabéticos tipo 2 es obeso, habrá que establecer dietas hipocalóricas que controlen la ingesta de energía. El plan nutricional es uno de los puntos más importantes del tratamiento global del enfermo y de los más difíciles de mantener para los pacientes. No se trata de una *dieta para diabéticos*, sino de una serie de consejos de alimentación sana; el enfermo recibirá educación para distinguir las propiedades de cada alimento. Se restringen los alimentos con azúcar u otros edulcorantes calóricos, como la fructosa, el sorbitol o el xylitol, habituales en *productos para diabéticos* que, aunque producen elevaciones menores de glucosa, engordan igual que los productos tradicionales (sólo los consumi-

rán los diabéticos tipo 1).

La dieta respetará siempre la siguiente proporción: 50-55 por ciento de hidratos de carbono, 15 por ciento como máximo de proteínas y un máximo del 30 por ciento de grasas. Se procurará que la mayor parte de los hidratos de carbono sean complejos o de absorción lenta (patatas, pastas, pan, arroz..., a poder ser integrales). Los hidratos de carbono de absorción rápida los tomarán en productos naturales como la fruta; de esta manera, consumirán vitaminas y minerales y también fibra, que provoca que el índice glucémico del alimento (el momento en el que se da el pico máximo de azúcar en sangre) no sea tan elevado.

Dentro del porcentaje de grasas, menos del 10 por ciento serán ácidos grasos saturados (de origen animal o algunos aceites vegetales como el de palma o coco, propios de la industria alimentaria) y menos del 7 por ciento serán ácidos grasos polinsaturados (ácido linoleico, del pescado azul, de girasol, maíz, colza, soja...). Deben evitarse las margarinas, muy peligrosas ya que sus componentes han sido modificados químicamente para convertir en sólidos aceites aparentemente no perjudiciales. Por último, el porcentaje de proteínas en gente obesa y bajo dieta, puede aumentarse hasta un 20 por ciento, al reducirse la ingesta de hidratos y grasas.

Ejercicio físico

El ejercicio se incluirá como parte del tratamiento de la diabetes, pues ayuda a mejorar el control glucémico. Se combinará siempre con el tratamiento médico, ya que la actividad física realizada de forma inapropiada puede empeorar la diabetes y sus complicaciones. Durante el ejercicio físico se utiliza la glucosa circulante en la sangre para aportar la energía necesaria, y la glucemia baja. A los 10-15 minutos se recurre a las reservas de los hidratos de carbono almacenados en el hígado y tras unas horas se obtiene la energía de las grasas (y podría aparecer una cetosis). Una vez se termina el ejercicio persiste por unas horas la demanda energética, por lo que habrá que comer y reponer las reservas consumidas.

No existen ejercicios contraindicados. La actividad física será regular y su intensidad la definirán las condiciones físicas del enfermo así como su tratamiento (insulina, fármacos, ADO...). En líneas generales, pueden recomendarse ejercicios aeróbicos suaves diarios, como caminar a paso ligero, durante un mínimo de 45 minutos.

Plantas medicinales

La fitoterapia dispone de productos hipoglucemiantes que sólo se emplearán en pacientes no insulino-dependientes o en los que presentan hiperglucemia. Se pueden

Seguimiento terapéutico del enfermo diabético

Citas cada 2-3 meses	En caso de niveles mayores a los habituales, derivar al médico
Tensión arterial Peso Determinación de glucemia o ver sus datos de análisis (HbA1c)	
Interrogatorio sobre	En caso de cifras de glucemia medias >200 mg/dl o varias ocasiones con 160-200 mg/dl, derivar al médico
Dieta Ejercicio	
Tratamiento con insulina*	Ante signos de haber tenido episodios de hiperglucemia, hipoglucemia y/o cetosis, derivar al médico
Lugar de administración, horarios, ajuste de dosis Existencia o no de complicaciones: hipoglucemia, cetosis, alteraciones de la visión, dolor en extremidades, etc.	
Anualmente	Control médico
Fondo de ojo ECG Exámenes complementarios Analítica completa	

*En caso de que sea necesario. Fuente: Grupo Diabetes de FACOR.

utilizar de forma total o complementaria a otras medicaciones y ajustar las dosis mediante el control de los niveles de glucosa en sangre. Pueden emplearse plantas que presentan en su composición mucilagos (inhiben la absorción oral de los glúcidos) como la goma guar y que son capaces de disminuir los niveles de colesterol, principalmente LDL-colesterol. Otras plantas son el ginseng, el eleuterococo, la gymnema y las hojas de arándano.

Bibliografía útil

- J. Paul Belon. *Consejos en la farmacia*. Editorial Masson; Barcelona, 2002.
- F. J. del Cañizo y Federico Hawkins. *Diabetes Mellitus. Teoría y Práctica*. Editorial Boehringer Mannheim; Madrid, 1996.
- Protocolo terapéutico de la diabetes Tipo 2 de M. de Santiago Corchado, del Servicio de Endocrinología y Nutrición del hospital La Paz de Madrid.
- J. A. Chena y colaboradores. *Diabetes Mellitus. Aspectos para educadores*. Editorial Novo Nordisk Pharma; Madrid, 2001.
- M. José Faus, Antonio Sánchez-Pozo. *Tratamiento, control y seguimiento farmacoterapéutico del paciente diabético*. Pharm Care Esp 2001; 3: 240-247.
- Grupo Berbés de AF del COF de Pontevedra. *Guía de atención farmacéutica al paciente diabético* (en fase de impresión).
- Plasencia, Manuela. *Manual de prácticas tuteladas en oficina de farmacia*. Madrid, 2002.
- Programa de prevención del Ministerio de Sanidad y Consumo: <http://www.msc.es/insalud/primaria/gap/ledo/programas/adulto/indice.htm>
- *Guadernos para Diabéticos para Equipos de Atención Primaria*. Recopilación 1997-2002. Cd editado por Gedaps.
- *Aula virtual de diabetes*. Cd editado por Novo Nordisk Pharma.

Fuentes consultadas

- Julia Álvarez Hernández. Servicio de Endocrinología del hospital Príncipe de Asturias, de Alcalá de Henares, y miembro de la junta directiva de la SEEN.
- M.E. Carreiro, del Departamento de Farmacia de la UCM. Asesora de Infito.
- Mario Fernández, farmacéutico comunitario de Madrid.
- José Antonio, del grupo de trabajo Berbés de AF del COF de Pontevedra.
- Felipe Juanes Fernández, médico diabetólogo.
- Teresa Ortega, del Departamento de Farmacia de la UCM.
- Inmaculada Ruiz, farmacéutica comunitaria de Madrid.
- Clotilde Vázquez, Jefa de Sección de la Unidad de Nutrición del Ramón y Cajal, de Madrid.

Consulte dudas con sus colegas de la Clínica Universitaria de Navarra

CF le ofrece un servicio de consulta gratuito y confidencial en su *web*, www.correofarmacautico.com, a través del que podrá contrastar opiniones o resolver dudas con el Servicio de Farmacia de la Clínica Universitaria de Navarra. En 24 horas recibirá una contestación.

EFICACIA Y CALIDAD EN EL URINANÁLISIS

A.MENARINI
diagnostics
www.diabetesmenarini.com



CHROMA 2

✓ 25 Tiras colorimétricas para mediciones simultáneas en orina de glucosa y cuerpos cetónicos

C.N. 168.534

AUTION MICRO

Analizador de orinas semiautomático

- ✓ Detecte en pocos segundos: Pro, Leu, C.Cet, Glu, Bil, Uro, Bld, Nit, pH, Densidad
- ✓ Máximo rendimiento, Mínimo coste. Micro-tamaño

Dimensiones (123x150x30 mm.)



EL CONSEJO DE... Jaime Román, vocal del COF de Sevilla y coordinador del 'Proyecto Triana'

"El paciente debe ser el verdadero protagonista del control de su enfermedad"

Jaime Román es vocal de la Junta de Gobierno del Colegio de Farmacéuticos de Sevilla, coordina la comisión de Atención Farmacéutica del colegio y fue el encargado de coordinar también el Proyecto Triana de seguimiento farmacéutico a pacientes diabéticos. Este proyecto comenzó a gestarse durante 1999, y se desarrolló durante el año siguiente, cuando el concepto de atención farmacéutica aún estaba en el aire en nuestro país. Su trabajo fue un modelo para muchas formas de actuación.

¿En qué consistió el Proyecto Triana?

Era un proyecto de seguimiento de la medicación en el paciente diabético por su farmacéutico. Se trataba de aplicar la metodología de una nueva práctica profesional farmacéutica, el seguimiento de la medicación del paciente diabético, para poner de manifiesto que podíamos mejorar la calidad de vida al reforzar la eficacia y seguridad de su tratamiento farmacológico. En el programa participaron 44 farmacéuticos pertenecientes a 25 farmacias de Sevilla y provincia. Se realizó el seguimiento de la medicación a 201 pacientes diabéticos del tipo 2 y se detectaron 381 problemas relacionados con la medicación, de los cuales se solucionaron 238 gracias a la intervención del farmacéutico. Los problemas relacionados con los medicamentos se distribuyeron en problemas relacionados con el uso de medicamentos innecesarios o la falta de uso de medicamentos que sí necesitaba o con errores en las dosis. La muestra se realizó al azar, los farmacéuticos no tenían más que ofrecer sus servicios a clientes de sus oficinas, pero curiosamente se dio una coincidencia en edad y sexo con los porcentajes de prevalencia de la enfermedad.

¿Por qué enfermos diabéticos?

Es un problema de salud pública de enormes proporciones: sólo en Andalucía existen unos 439.000 diabéticos. Por su prevalencia y por tratarse de pacientes con pluriopatología y factores de riesgo asociados, el diabético podía beneficiarse del seguimiento de su medicación por el farmacéutico. El paciente debe ser el verdadero protagonista del control de su enfermedad, como manifestaba la Declaración de Saint Vincent de 1989, que afirmaba que no se pueden introducir la dieta, el ejercicio y la medicación sin una verdadera educación diabetológica. Por tanto, queda clara la importancia de motivar al paciente diabético de manera continua: hay que insistir y volver a insistir, en un proceso que requiere constancia y paciencia. Esta labor se puede reforzar desde las oficinas de farmacia, donde mantenemos un contacto permanente con los pacientes.

¿Qué tipo de seguimiento se realizaba a los pacientes?

Una vez que el paciente aceptaba participar en el proyecto se concertaban citas periódicas quincenales o mensuales para conocer si estaba tomando algún medicamento nuevo, si le habían cambiado alguna posología, si tenía dificultad en las tomas de la medicación o si había experimentado algo nuevo. Cualquier cambio se pasaba al registro de medicación. El objetivo principal era realizar un seguimiento de la medicación para prevenir, detectar y resolver problemas relacionados con los medicamentos. Dentro de este seguimiento se realizaban mediciones de glucemia, peso y tensión, y a los pacientes se les recomendaba que pidieran a su médico de cabecera una analítica de hemoglobina glicosilada cada seis meses como indicador de control de la diabetes a medio plazo. Además, se reforzaban aspectos de educación nutricional, de higiene y de ejercicio adecuados a cada paciente.

¿Se siguió algún modelo para marcar estas pautas?

La metodología fue realizada siguiendo las directrices lógicas de un programa de seguimiento farmacoterapéutico que abarca una entrevista inicial con el paciente, un estado de situación, un plan de seguimiento farmacoterapéutico y un plan de actuación si éste era necesario.

¿Qué puede ofrecer el seguimiento farmacoterapéutico que no ofrecen ya otros profesionales sanitarios?

El seguimiento farmacoterapéutico es un servicio profesional que no realiza ningún otro profesional sanitario. Los pacientes diabéticos suelen estar polimedicados por tener patologías asociadas y estas medicaciones van a necesitarlas mucho tiempo, mientras vivan. Son un grupo de pacientes a los que se puede ayudar mucho.

¿Las farmacias suelen estar preparadas para ofrecer este servicio?

Los farmacéuticos que quieren trabajar en el seguimiento

farmacoterapéutico de pacientes deben, ante todo, estar muy motivados profesionalmente hablando. En cuanto a necesidades especiales dentro de la farmacia lo único que se necesita es una zona de atención personalizada, que puede ser un despacho interno o una zona adecuada en la parte al público, que sería lo ideal.

¿Qué fue lo que resultó más complicado para los farmacéuticos? ¿Se puso en evidencia alguna carencia? Resultó y aún ahora sigue resultando complejo por ser un servicio profesional nuevo. Es complicado explicarles a los pacientes que quieren ayudarles a alcanzar los mejores resultados con sus tratamientos a través del seguimiento. Aparte, nosotros realizamos talleres para mejorar nuestros conocimientos sobre fisiopatología de la enfermedad, los tratamientos tanto clásicos como nuevos y aspectos sobre la educación diabetológica que deberían reforzarse, como la nutrición, las complicaciones agudas y crónicas, la higiene, el ejercicio...

¿Hubo grandes tasas de abandono? Sólo el 9 por ciento de los pacientes que comenzaron dejó después el seguimiento, lo que creo que es un indicativo de su grado de satisfacción, aunque no llegamos a realizar encuestas sobre este tema.

¿La falta de tiempo y que este tipo de trabajo no esté remunerado son trabas para que este servicio llegue a extenderse?

Mi opinión es que hoy por hoy entra dentro de las posibilidades de actuación profesional de un farmacéutico si éste le da la prioridad que necesita y merece, puesto que no es para hacerlo a todo el mundo. Dicho esto no cabe duda que la remuneración por el servicio profesional sería un acicate para implementarlo y desarrollarlo.

¿En la actualidad qué queda de este proyecto? En mi caso, la mayoría de mis pacientes en seguimiento

comenzaron con el proyecto; es un proyecto que sigue muy vigente, y actualmente un grupo de trabajo del colegio se está planteando estudiar a sus pacientes del Proyecto Triana y realizar un estudio sobre la evolución de la prescripción, comparando la medicación que tomaban entonces con la actual. Por otra parte, los proyectos concretos tienen una utilidad clarísima, ya que ofrecen resultados a corto plazo y además animan a los farmacéuticos a engancharse e iniciarse en áreas que de otra forma les pueden resultar complicadas.

¿Un farmacéutico puede, de forma individual, poner en práctica un seguimiento como éste o es necesario estar dentro de un proyecto más amplio? ¿Qué consejos les daría?

En estos últimos años el seguimiento farmacoterapéutico se ha desarrollado y con metodologías de trabajo como Dáder un farmacéutico puede perfectamente trabajar en su farmacia con cualquier tipo de paciente.

¿Resulta fácil ganarse la confianza de los pacientes? Si acostumbras a los pacientes a verte como un profesional que se preocupa por su salud a través de actuaciones profesionales en la dispensación de sus tratamientos, en las consultas que nos hacen sobre los mismos o sobre problemas de salud que les preocupan, iremos caminando hacia ese grado de confianza que te facilita para ofertarles este nuevo servicio y trabajar con ellos sobre su medicación. Es un problema de percepción del paciente sobre nosotros como profesionales sanitarios y de nuestras farmacias como establecimientos sanitarios o no... Este asunto daría mucho que hablar.

¿Qué puede hacerse para evitar la desconfianza de los médicos? Primero hay que explicarles bien en qué consiste el seguimiento farmacoterapéutico y que esta explicación corra a cargo de las personas adecuadas; después habrá que realizar intervenciones de calidad sobre la medicación de nuestros pacientes.

Los diferentes familias de ADO (antidiabéticos orales) presentan diversas contraindicaciones:

- **Sulfonilureas:** DM1 o secundaria a lesión pancreática, embarazo, lactancia, cirugía mayor, infecciones, estrés o trauma severo, enfermedad renal o hepática, antecedentes de reacciones adversas a SU o sulfamidas.
- **Repaglinida:** diabetes 1 ó secundaria a lesión pancreática, embarazo, lactancia, niños menores de 12 años, cirugía mayor, infecciones, estrés o trauma severo, enfermedad renal o hepática significativa, hipersensibilidad a repaglinida.
- **Metformina (biguanidas):** DM1, embarazo, alcoholismo, insuficiencia renal crónica (creatinina > 1,5 mg/dl), hepatopatía crónica, insuficiencia cardíaca y respiratoria, edad > 65 años. Situaciones que predispongan a fallo renal o acidosis.
- **Acarbosa y miglitol:** embarazo, lactancia, insuficiencia renal moderada (creatinina > 2 mg/dl), trastornos gastrointestinales.



GRAN AYUDA. Al tratar a diabéticos los farmacéuticos pueden ofrecer un servicio que no realiza ningún otro profesional sanitario.

No olvide que...