



Sara Artola Menéndez

Médico de Familia.
Centro de Salud José Marv. Madrid



Noelia Sanz Vela

Enfermera.
Centro de Salud Prosperidad. Madrid



“Me acaban de decir que tengo diabetes tipo 2 ... ¿Por dónde empiezo?”

La diabetes tipo 2 es una enfermedad silente. En general, se estima que la alteración del metabolismo glucémico precede hasta 10-12 años al diagnóstico clínico, que se establece por la determinación de la glucemia elevada en sangre.

La evolución de la hiperglucemia es un continuo a lo largo del tiempo que se inicia por elevaciones excesivas de la glucosa tras la ingesta y progresa con la elevación de la glucosa en ayunas. Es importante diferenciar las cifras de normalidad glucémica en ayunas (menos de 100 mg/dl) la glucemia basal

alterada (entre 100-125 mg/dl) y el punto de corte de diagnóstico de diabetes (igual o mayor de 126 mg/dl).

El momento del diagnóstico debe ser transmitido al paciente (*Fig. 1*) para que adquiera conciencia de la importancia de iniciar cuanto antes las adaptaciones de estilo de vida más adecuadas y/o el tratamiento farmacológico a fin de evitar o disminuir el desarrollo de complicaciones crónicas.

A partir del debut, es necesario realizar una valoración completa del paciente: identificar



EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DEBE SER TRANSMITIDO AL PACIENTE PARA QUE ADQUIERA CONCIENCIA DE LA IMPORTANCIA DE INICIAR CUANTO ANTES LAS ADAPTACIONES DE ESTILO DE VIDA MAS ADECUADAS Y/O EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO A FIN DE EVITAR O DISMINUIR EL DESARROLLO DE COMPLICACIONES CRÓNICAS

posibles complicaciones (cardiovasculares, renales, oftálmicas, neuropatía, examen del pie) y otras enfermedades que se asocian con mayor frecuencia a la diabetes como la obesidad, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, etc. Asimismo hay que investigar los estilos de vida: alimentación incluyendo horarios, cantidad, perfil de alimentos, tipo de bebidas, consumo de alcohol, tabaco, drogas u otras sustancias, diferentes fármacos, y actividad física o su defecto. Todo ello enfocado a la planificación del seguimiento clínico.

Existen sólidas evidencias respecto a que un mejor control en las fases iniciales de la enfermedad beneficia al paciente durante el resto de su vida. Es importante el control global en el primer año tras el diagnóstico. El control glucémico temprano en pacientes con diabetes se ha relacionado con varios efectos benéficos heredados, también llamados “memoria metabólica”.

El estudio de la diabetes y el envejecimiento, sobre el efecto heredado en la diabetes

tipo 2, analizó el impacto del control glucémico temprano en las complicaciones futuras. Destaca que al final del primer año tras el diagnóstico, los pacientes cuyos niveles de HbA1c eran $\geq 6.5\%$ respecto a los que tenían una HbA1c $< 6.5\%$ tenían »

FIGURA 1. Cómo comunicar el diagnóstico de diabetes tipo 2 .

Paciente (barreras)	Médico (habilidades)
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad asintomática en las primeras etapas • Desconocimiento de la enfermedad y del pronóstico • Falsas creencias no aclaradas • Bajo nivel cultural • Invertir en una supuesta salud futura, perdiendo una gratificación inmediata • Efectos secundarios de los medicamentos • Otras patologías 	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar los hallazgos y datos encontrados que apoyan el diagnóstico • Antes de explicar preguntar ¿Qué es lo que conoce? • Aclarar falsas creencias • Devolver la información sin tecnicismos y con ejemplos • Preguntar que ha entendido y si desea otra información • Explicar los objetivos de control con el paciente • Explicar la función y los beneficios del fármaco • Establecer un plan de seguimiento

TABLA 1. ¿Cómo abordar el tratamiento de la DM 2 al debut?

- **Diagnóstico, registro y clasificación**
- Explicar el **significado del diagnóstico** de la enfermedad y la importancia del control de la glucemia y el resto de los factores de riesgo cardiovascular
- Realizar junto con enfermería la **educación diabetológica básica o de supervivencia**
- Diseñar un **plan de alimentación y ejercicio personalizado**
- Enseñar el manejo del glucómetro como refuerzo de la educación diabetológica durante los 2-3 primeros meses
- Si no existen hiperglucemias muy elevadas, esperar a conocer el valor de la HbA1c para decidir el tratamiento farmacológico

TABLA 2. Exploración inicial de la persona con diabetes. Periodicidad de los controles

Historia Clínica	Examen físico	Analítica	Interconsultas
Síntomas	Altura y Peso. IMC	HbA1c	Oftalmología (fondo de ojo + agudeza + tonometría)
Investigar hipoglucemias	Perímetro de cintura	Lípidos (colesterol total, LDL, HDL, TG, colesterol no HDL)	Valorar: dietista, podólogo u otros especialistas
Cumplimiento dieta y ejercicio	Presión arterial Frecuencia cardíaca	Albuminuria	
Revisión y cumplimiento fármacos para la DM	Exploración cardíaca	Creatinina	
Otros tratamientos	Exploración abdominal	ECG	
Coexistencia de FRCV: tabaco, HTA, obesidad, dislipemia	Pulsos periféricos	Orina: cetona, proteínas, sedimento	
Resultados autoanálisis	Examen del pie		
Educación diabetológica	Monofilamento		
	Exploración neurológica (sensibilidad táctil, analgésica y vibratoria)		

■ Cada 2-3 meses ■ Cada 6 meses ■ Diagnóstico y cada año

* En caso de alteraciones se aumentará la frecuencia de las exploraciones

TABLA 3. ¿Cuándo y qué tipo de tratamiento farmacológico instaurar junto o tras las modificaciones del estilo de vida (MEV)?

- Iniciar, junto a las MEV, el **tratamiento farmacológico** si la HbA1c >6,5%/o.
- En la mayoría de los pacientes iniciar el tratamiento farmacológico con **metformina** salvo contraindicación o intolerancia.
- Valorar **biterapia** de inicio si el valor de HbA1c es 1,5 puntos superior al objetivo.
- Considerar la **insulinización** si el valor de HbA1c >9% y el paciente presenta síntomas cardinales.
- Si existe una **enfermedad cardiovascular o renal** introducir o asociar a la metformina un iSGLT2 o un aGLP1

» más probabilidades de experimentar eventos microvasculares y macrovasculares y los pacientes con niveles $\geq 7\%$ se asociaron con una mayor mortalidad. *Laiteerapong N, Ham SA, Gao Y, et al. Diabetes Care . doi: 0.2337/dc17-1144/-/DC1*

Se deben establecer unos **objetivos de control glucémico y de los Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV)**, y realizar un **abordaje multifactorial**. Es necesario conseguir el control de los FRCV, porque aproximadamente el 65% de las personas con DM2 fallecen a consecuencia de una enfermedad cardiovascular (CV), en parte debido a la propia DM2 (el riesgo CV se multiplica por dos en hombres y por cuatro en mujeres), pero también debido a su frecuente asociación con otros FRCV como son la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, el tabaquismo, el sedentarismo y la obesidad.

Los objetivos terapéuticos y las distintas intervenciones deben basarse en el juicio clínico. Serán definidos, planificados y pactados de forma personalizada y deben orientarse hacia un abordaje integral del paciente. El objetivo de control glucémico se establecerá atendiendo a diversas variables: la edad del paciente, los años de evolución de la enfermedad, la presencia de complicaciones micro o macrovasculares, la capacidad funcional y cognitiva, la situación familiar y social, otras enfermedades asociadas y las capacidades y recursos disponibles para conseguir dicho objetivo.

En los pacientes más jóvenes sin complicaciones, se debería intentar conseguir un objetivo de HbA1c lo más próximo posible a la normalidad, sin riesgo de hipoglucemias, al menos durante los 10 primeros años de evolución y especialmente en pacientes tratados únicamente con cambios en el estilo de vida o monoterapia. En cambio, en el paciente frágil o con escasa expectativa de vida, primarán las intervenciones orientadas a evitar los síntomas de la enfermedad y a mejorar o mantener la calidad de vida. Así por ejemplo, en estos pacientes puede ser aceptable un control glucémico más laxo siempre y cuando no se sobrepasen valores de HbA1c >8,5%.

Hay que evitar la Inercia clínica. Es aconsejable que durante el primer año las visitas de seguimiento se realicen cada 3 meses, incluso aunque el paciente esté en objetivos de control metabólico, para permitir reforzar una buena educación diabetológica. En algunos casos, está contemplado la posibilidad de uso de autoanálisis para reforzar la educación terapéutica y ayudar al paciente a mejorar la adherencia a los estilos de vida y al tratamiento farmacológico.

El paciente debe mostrar una adecuada adherencia tanto al régimen de estilos de vida indicado como al tratamiento farmacológico prescrito. El incumplimiento terapéutico perjudica de forma silenciosa la evolución de la enfermedad.

EDUCACIÓN TERAPÉUTICA O EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA

La educación terapéutica es parte del tratamiento, ya que a través de esta herramienta la persona adquiere un mayor control en las decisiones que afectan a su salud. El momento del diagnóstico es fundamental para explicar qué significa tener diabetes y ayudar a romper falsas creencias. Poco a poco, deberíamos trabajar junto con la persona con diabetes para llenar su mochila de conocimientos. Tendremos que estructurar las intervenciones para ir afianzando lo aprendido, resolviendo dudas e individualizando según cada caso. Los temas a tratar deben abarcar un amplio espectro de contenidos que incluyen: importancia de la enfermedad, alimentación, ejercicio físico, consejo antitabaco, actuación en situaciones especiales, cuidado de los pies, detección y manejo de hipoglucemias, realización de autoanálisis y técnica manejo insulina (si procede)

■ Tratamiento no farmacológico

La entrevista motivacional es el punto de partida para conseguir modificar los estilos de vida. Debemos hacer un abordaje integral de la persona preguntando sobre

sus gustos, rutinas, realización de ejercicio físico, patrones de alimentación, etc. Una adecuada adherencia al tratamiento no farmacológico y el pacto de objetivos junto con el paciente va a tener una repercusión positiva en el control metabólico de la persona y sus posibles FRCV.

Alimentación

Se establecerán las recomendaciones y la terapia nutricional de un modo individualizado, donde la base es la dieta mediterránea con pequeñas modificaciones dependiendo de las características del paciente y la presencia de comorbilidades.

Ejercicio físico

Las recomendaciones son la realización de ejercicio al menos cinco días a la semana, con una duración de al menos media hora y puede incluir ejercicio aeróbico, de resistencia, flexibilidad y equilibrio.

■ Tratamiento farmacológico

En los últimos años el tratamiento farmacológico de la diabetes tipo 2 se ha vuelto mucho más complejo y obliga al clínico a contemplar de manera global las características particulares de la enfermedad, otras enfermedades asociadas, los recursos disponibles o asumibles por el sistema sanitario, así como las preferencias del paciente.

Con todos los avances en los fármacos antidiabéticos, un porcentaje alto de personas con diabetes no alcanzan sus objetivos de control, debido a la inercia clínica de los médicos, que no comienzan o intensifican el tratamiento farmacológico a pesar de no alcanzar su objetivo de control glucémico, así como a la insuficiente adherencia terapéutica de los pacientes. El incumplimiento terapéutico debido a simples olvidos o interrupciones de la toma de medicamentos por temor a efectos adversos u otras creencias se asocian a un mal control crónico y al desarrollo precoz de complicaciones. **D**