

**Paloma Prats de la Iglesia.**

Enfermera de Familia y Comunitaria. Equipo de Atención Primaria. Raval Sud. Barcelona.
Miembro de la red GDPS.



Gestión de la consulta de enfermería en Atención Primaria para el control de pacientes con diabetes mellitus tipo 2

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) constituye uno de los principales retos de la Atención Primaria en el siglo XXI. Se trata de una enfermedad progresiva y crónica, estrechamente vinculada a factores de estilo de vida, que requiere un abordaje integral y continuado. El cuidado de la diabetes es un trabajo en equipo entre profesionales de salud, la familia y, sobre todo, la persona con diabetes.

ROL DE LA ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

La unidad básica asistencial, en el manejo del paciente con diabetes está formada por el profesional médico y de enfermería. Ambos deben participar de manera coordinada consecución de objetivos y organización de actividades. No obstante, la enfermera de Atención Primaria se sitúa como figura clave en el seguimiento de la DM2. Su labor no se limita al control clínico, sino que abarca la educación diabetológica, el acompañamiento en la autogestión de la enfermedad, y la coordinación con el resto del equipo sanitario. La enfermera ofrece un enfoque personalizado que integra las preferencias, valores y condiciones sociales de cada paciente.

El paciente con diabetes debe percibir claramente el concepto de equipo, en el que cada profesional tiene asignadas unas tareas con el fin de garantizarle una atención integral.

GESTIÓN DE LA CONSULTA

La organización de la consulta de enfermería permite establecer un plan estructurado de visitas y seguimiento. En la fase inicial tras el diagnóstico, se recomienda un contacto frecuente para ajustar el tratamiento y reforzar la educación sanitaria. Con el tiempo, la periodicidad se adapta al grado de control y a la situación clínica de cada persona.

En la consulta, la enfermera revisa la salud física, los hábitos de vida y el bienestar emocional. Además, la coordinación con medicina de familia y otros especialistas asegura un abordaje integral y multidisciplinar.

INTERVENCIONES CLAVE

Entre las principales intervenciones que lidera la enfermera de Atención Primaria destacan:

- Educación diabetológica estructurada y progresiva.
- Promoción de hábitos de vida saludables: alimentación equilibrada, ejercicio físico regular y abandono del tabaco.
- Monitorización de glucemias y control de factores de riesgo cardiovascular.
- Prevención de complicaciones a través

de exploraciones periódicas (pie diabético, retinopatía, nefropatía).

- Apoyo emocional y motivacional, fomentando la autonomía del paciente.

Ejemplo del contenido de la consulta de enfermería de Atención Primaria:

Anamnesis

- Hipoglucemias (número y circunstancias).
- Síntomas de hiperglucemia (poliuria, polidipsia).
- Valoración de efectos adversos de fármacos.
- Revisión signos/síntomas neuropatía.
- Revisión signos/síntomas arteriopatía.
- Revisión pies y capacidad autocora.
- Revisión factores de riesgo cardiovascular.
- Valoración necesidades emocionales y psicológicas relacionadas con DM.

Evaluación del cumplimiento

- Alimentación.
- Ejercicio.
- Tratamiento farmacológico.
- Higiene y cuidado de los pies.
- Objetivos terapéuticos (tratamiento y educación).

Exploración

- Peso, índice de masa corporal (IMC), perímetro cintura.
- Examen de los pies.
- Revisión cifras. Tensión arterial.
- Evaluación zonas inyección insulina.

Evaluación resultados y autocontrol

- Control metabólico; hemoglobina glicada. ➤

**LA ENFERMERA
DE ATENCIÓN
PRIMARIA
ES EL EJE DEL
ACOMPAÑAMIENTO
EN LA AUTOGESTIÓN
DE LA DIABETES**

UNA CONSULTA BIEN ORGANIZADA MEJORA LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE Y OPTIMIZA LOS RECURSOS DEL SISTEMA SANITARIO

FASE DE LA CONSULTA	ACCIONES CLAVE DE LA ENFERMERA	OBJETIVO CLÍNICO
1. Diagnóstico / inicio	- Acogida y anamnesis dirigida. - Valoración inicial de hábitos de vida. - Programa educativo básico.	Establecer vínculo terapéutico, iniciar educación estructurada.
2. Seguimiento intensivo (primeros 6-12 meses)	- Revisiones frecuentes (mensuales/bimensuales). - Monitorización glucemia, HbA1c. - Evaluación de adherencia y técnica de autocontrol/inyección. - Refuerzo educativo.	Ajustar tratamiento, mejorar adherencia, prevenir hipoglucemias.
3. Seguimiento estable	- Visitas cada 3-6 meses según control. - Evaluación pie diabético, TA, peso/IMC, factores de riesgo CV. - Cribado anual de complicaciones (retina, nefropatía).	Mantener control metabólico y prevenir complicaciones.
4. Evaluación de resultados	- Revisión de objetivos individuales. - Informe AGP / MCG. - Evaluación emocional y motivacional.	Promover autonomía y autocuidado sostenible.
5. Población especial (ancianos/frágiles)	- Valoración geriátrica integral. - Adaptación de objetivos glucémicos (menos estrictos). - Implicación del cuidador principal.	Mejorar calidad de vida, evitar hipoglucemias y caídas.
6. Revisión anual global	- Evaluación integral multidisciplinar. - Actualización plan de cuidados. - Coordinación con medicina de familia y especialistas.	Garantizar abordaje integral y seguro.

TABLA 1. Algoritmo simplificado de la consulta de enfermería en DM2 en Atención Primaria.

AGP, ambulatory glucose profile (en cursiva); CV, cardiovascular; IMC, índice de masa corporal; MCG, monitorización continua de glucosa; TA, tensión arterial.

- » • Frecuencia y técnica de autoanálisis.
- Técnica inyección.
- Registro de hipoglucemias.
- Control monitorización continua de glucosa (MCG), lectura del Informe AGP.
- Alimentación: dieta mediterránea.
- Uso de nuevas tecnologías.
- Intervenciones anuales de refuerzo.

que se adapten a sus necesidades y capacidades.

ATENCIÓN A PACIENTES MAYORES Y FRÁGILES

En el caso de pacientes ancianos y frágiles, la gestión de la consulta debe priorizar la calidad de vida y la prevención de complicaciones. La valoración geriátrica integral, el apoyo nutricional y la prevención de caídas se convierten en pilares esenciales. En este grupo, los objetivos terapéuticos deben ser individualizados y realistas, evitando intervenciones que puedan suponer un riesgo añadido. **Tabla 1.**

Educación diabetológica

- Programa educativo inicial.
- Factores riesgo cardiovascular; hábito tabáquico, alcohol, etc.

USO DE TECNOLOGÍA Y APOYO DIGITAL

Las nuevas tecnologías ofrecen herramientas que facilitan el seguimiento y la autogestión de la DM2. Los sistemas MCG, las aplicaciones móviles de registro y el *coaching* digital permiten un control más cercano y personalizado. La enfermera debe guiar al paciente en el uso de estas herramientas, asegurando



» ✓ CHEQUEO ANUAL DE LA PERSONA CON DIABETES TIPO 2

Visitas médicas y de enfermería

- Revisión de tu **plan de tratamiento** (medicación, insulina si procede).
- Evaluación de **síntomas de hipoglucemia** y efectos secundarios.
- Medición de **peso, IMC y perímetro abdominal**.
- Control de la **tensión arterial**.

Cuidado de los pies

- Exploración completa de **pies** (sensibilidad, pulsos, piel y uñas).
- Consejos de **autocuidado** diario.

Salud ocular

- Fondo de ojo para detectar **retinopatía diabética**.
- Revisión de visión y gafas si es necesario.

Analíticas de control

- **Hemoglobina glicosilada (HbA1c)**: cada 3–6 meses.

- **Perfil lipídico** (colesterol y triglicéridos).

- **Función renal** (creatinina, filtrado glomerular, microalbuminuria).

Corazón y vasos

- Revisión de **factores de riesgo cardiovascular** (colesterol, tensión, tabaco).
- **ECG** si existe enfermedad cardíaca o síntomas.

Bienestar y calidad de vida

- Preguntar por tu **estado de ánimo y memoria**.
- Revisión de la **actividad física** y rutinas de ejercicio.
- **Consejo dietético** adaptado a tu situación.

Tecnología y autocuidado

- Revisión del uso de **glucómetro o sensor** (MCG).
- Refuerzo de la **educación diabetológica**.
- Ajustar objetivos y resolver **dudas** sobre nuevas tecnologías. **D**

CONCLUSIONES

- La consulta enfermera es un pilar estratégico en el control de la DM2.
- Una gestión estructurada y personalizada mejora la adherencia y el autocontrol.
- La educación diabetológica y la motivación son fundamentales.
- La tecnología debe incorporarse de forma progresiva y adaptada.
- La coordinación interprofesional asegura un abordaje integral y efectivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cano Pérez JF, Franch J. Guía de tratamiento de la diabetes tipo 2 en Atención Primaria. 5^a ed. Elsevier; 2010.
2. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2025. Diabetes Care. 2025;48(Suppl 1):S1–S300.
3. Tschiana JK, Kocher S, Weber C, et al. The effect of nurse-led diabetes self-management education: a meta-analysis. Diabetes Educ. 2012;38(1):108-23.
4. Federación Internacional de Diabetes. Atlas de la Diabetes 2025. FID; 2025.
5. Federación Española de Diabetes. Informe Anual 2025.
6. 1aria Diabetes. Documento de trabajo sobre el Manejo básico de la diabetes, España. 03 de septiembre de 2025. Recuperado a partir de <https://1aria.com/entrada/diabetes-2025>.