Introducción
Momentos clave en la historia natural de la DM2

PUNTOS CLAVE

1. La DM2 no es un diagnóstico binario: es una enfermedad progresiva, con fases biológicas y clínicas que van de la resistencia a la insulina a las complicaciones establecidas.
2. Esta guía se organiza en torno a cinco momentos clave de la historia natural de la diabetes, cada uno con sus propias tareas y pruebas.
3. El debut concentra la mayor carga de trabajo: diagnóstico, clasificación, estadiaje, valoración de complicaciones y comorbilidades, y un plan inicial de educación terapéutica y tratamiento.
4. Ante un adulto sin obesidad o de progresión rápida, conviene descartar una diabetes tipo 1 o secundaria antes de etiquetar sin más como DM2 (véase Capítulo 1).

1. Cómo usar esta guía

El principal objetivo de la Fundación redGDPS (Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud) es contribuir a mejorar la formación de los profesionales sanitarios en la atención a las personas con diabetes (García Soidán J, 2018). Esta guía online ofrece un resumen práctico para la consulta, organizado en capítulos con tablas, figuras, recomendaciones y mensajes clave, pensado para consultarse de forma puntual más que para una lectura lineal.

2. Una enfermedad progresiva

La diabetes tipo 2 (DM2) no es un diagnóstico binario ("sí/no diabetes"), sino una enfermedad progresiva con fases biológicas y clínicas. La secuencia habitual es resistencia a la insulina, disfunción progresiva de la célula beta, hiperglucemia mantenida y, finalmente, complicaciones microvasculares y macrovasculares (Gómez-Peralta F, 2024).

3. Momentos clave en la historia natural de la diabetes

Se pueden identificar una serie de momentos clave en la historia natural de la diabetes (ADA, 2026):

- Al debut: diagnóstico, clasificación y estadiaje. Registro en la historia clínica. Valoración inicial de complicaciones y comorbilidades. Establecer objetivos de control personalizados. Un plan de educación terapéutica (ET) y de tratamiento farmacológico.
- Primera vez que acude a consulta: conviene un resumen de la historia diabetológica que incluya fecha y edad al diagnóstico, valor de hemoglobina glicada (HbA1c) (hemoglobina glicada) y circunstancias acompañantes.
- Al año: evaluar el grado de control, la adherencia a estilos de vida y al tratamiento farmacológico. Reconsiderar la clasificación.
- Tras la primera complicación o ingreso: reevaluar los objetivos de control y reajustar la ET y el plan terapéutico.
- Inicio de la insulinización: revisar la ET y completarla con las situaciones nuevas (hipoglucemias y manejo del glucagón), capacitar en la técnica de inyección y en el autoanálisis capilar o el sensor de monitorización continua de glucosa (MCG). La Tabla 1 resume qué valorar en cada momento.

Tabla 1. Qué valorar en cada momento clave

Momento	Qué hacer	Analítica	Otras pruebas
Al debut	Diagnóstico, clasificación y estadiaje. Antecedentes familiares y personales, comorbilidades. Hábitos tóxicos, sueño, alimentación, ejercicio, fármacos diabetogénicos. Conocimientos y actitud ante la DM2. Exploración física completa. Objetivos de control, ET y tratamiento.	Glucemia, HbA1c, SOG. Colesterol total, cHDL, cLDL, TG, Lp(a). Creatinina, FGe, ácido úrico, CAC. GOT, GPT, GGT, FIB-4. TSH.	ECG. Oftalmología/ retinografía. Vacunación (gripe, neumococo, hepatitis B, herpes zóster, COVID y tétanos).
Primera vez que acude a consulta	Fecha y edad al diagnóstico. Cifra de HbA1c y circunstancias acompañantes.	Según el momento evolutivo.	—
Al año	Grado de control. Adherencia a estilos de vida y al tratamiento farmacológico. Reevaluar la clasificación.	Anti-GAD, insulina basal, HOMA-IR, péptido C, más las del debut y vitamina B12 (si tratamiento con metformina).	ECG. Oftalmología/ retinografía. Vacunación.
1.ª complicación o ingreso	Reevaluar los objetivos de control. Reajustar la ET y el plan terapéutico.	Según las complicaciones.	—
Inicio de la insulinización	Técnica de inyección. Autoanálisis o sensor. Hipoglucemias. Reevaluar la ET.	Glucemia, HbA1c, TIR/TAR/ TBR/CV, colesterol total, cHDL, cLDL, TG, creatinina, FGe, ácido úrico, CAC, GOT, GPT, GGT.	Manejo de la hipoglucemia. Sensores. Glucagón.

Anti-GAD: anticuerpos contra la descarboxilasa del ácido glutámico; CAC: cociente albúmina/creatinina; cHDL: colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad; cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; ECG: electrocardiograma; ET: educación terapéutica; FGe: filtrado glomerular estimado; FIB-4: índice de fibrosis 4; GGT: gamma-glutamil transferasa; GOT: transaminasa glutámico-oxalacética; GPT: transaminasa glutámico-pirúvica; HbA1c: hemoglobina glicada; HOMA-IR: modelo homeostático de evaluación de la resistencia a la insulina; Lp(a): lipoproteína(a); SOG: sobrecarga oral de glucosa; TG: triglicéridos; TIR/TAR/TBR/CV: tiempo en rango/por encima del rango/por debajo del rango/coeficiente de variación; TSH: tirotropina.

Fuente: Elaboración propia, adaptada de ADA, 2026.

4. Valoración inicial en el debut

Al diagnóstico conviene una valoración estructurada que va más allá de la analítica:

1. Preguntar por antecedentes familiares de diabetes y de enfermedad cardiovascular precoz.
2. Valorar la presencia de complicaciones crónicas: macrovasculares (enfermedad coronaria, cerebrovascular, arterial periférica o insuficiencia cardíaca) y microvasculares (retinopatía, neuropatía y nefropatía).
3. Determinar la presencia de otros factores de riesgo: tabaquismo, hipertensión arterial, obesidad y dislipemia.
4. Analizar el estilo de vida (actividad física y alimentación), la duración del sueño y el entorno familiar y social, para valorar las posibilidades reales de actuación (algoritmo de tratamiento no farmacológico de la redGDPS).
5. Investigar el uso de medicamentos que puedan influir en la glucemia (corticoides, diuréticos, betabloqueantes, neurolépticos, antidepresivos tricíclicos, antirretrovirales, inmunosupresores o anabolizantes).

6. Indagar sobre los conocimientos, valores y miedos de la persona acerca de la enfermedad y su tratamiento, y valorar el cribado de depresión y ansiedad si hay alta preocupación por las complicaciones o el tratamiento.
7. Exploración general completa: presión arterial, peso, índice de masa corporal (IMC), perímetro de cintura, palpación tiroidea, examen ocular (fondo de ojo, tonometría y agudeza visual), inspección de piel, boca y pies.
8. Valorar HbA1c, perfil lipídico, función hepática, estimación del índice de fibrosis 4 (FIB-4), función renal (creatinina, filtrado glomerular estimado y cociente albúmina/creatinina) y función tiroidea.
9. Valorar el estado vacunal: gripe, neumococo, hepatitis B, herpes zóster, COVID y tétanos.
10. Descartar una diabetes tipo 1 o secundaria. La determinación de anticuerpos anti-GAD es útil en el diagnóstico de la diabetes tipo 1 de inicio lento en el adulto (LADA). El péptido C, el índice HOMA-IR (modelo homeostático de evaluación de la resistencia a la insulina) o el cociente triglicéridos/colesterol HDL (TG/cHDL) > 2,1 son estimaciones útiles de la resistencia a la insulina (véase Capítulo 1). Indicado sobre todo en personas adultas sin obesidad y con progresión rápida.

PARA LLEVARSE A LA CONSULTA

1. La DM2 progresa: revisar el estadio y el fenotipo de la persona, sin quedarse solo en la HbA1c.
2. En el debut, no limitarse a la analítica: registrar fecha, clasificación y un plan inicial de educación terapéutica.
3. Al iniciar la insulinización, capacitar en la técnica de inyección y en el manejo de la hipoglucemia, sin dar por hecho que ya se conocen.
4. Ante un debut atípico —adulto sin obesidad, progresión rápida—, pensar en LADA o en diabetes secundaria antes de etiquetar sin más como DM2.

Bibliografía

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1).
2. García Soidán J, coordinador. Guía de diabetes tipo 2 para clínicos: recomendaciones de la redGDPS. Madrid: Fundación redGDPS; 2018. ISBN 978-84-944007-6-6.
3. Gómez-Peralta F, Pinés-Corrales PJ, Santos E, Cuesta M, González-Albarrán O, Azriel S; AGORA Diabetes Collaborative Group. Diabetes management based on the phenotype and stage of the disease: an expert proposal from the AGORA Diabetes Collaborative Group. J Clin Med. 2024;13(16):4839. doi:10.3390/jcm13164839