3. Estudio inicial y objetivos de control

PUNTOS CLAVE

1. La primera visita debe responder a tres preguntas: qué fenotipo de DM2 tiene esta persona, qué riesgo cardiorrenal presenta y qué objetivo es seguro para ella.
2. HbA1c < 7 % es una referencia, no una obligación universal.
3. En enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca o enfermedad renal crónica, el fármaco se elige por su beneficio cardiorrenal aunque la HbA1c no sea muy alta.
4. Presión arterial, lípidos y tabaco pesan tanto como la glucemia: determinan buena parte del riesgo residual.
5. Los objetivos no son estáticos. En fragilidad o hipoglucemias de repetición, desintensificar es tratar bien.

La primera valoración de una persona con DM2 debe definir el estadio, el riesgo cardiorrenal, el exceso de adiposidad, la fragilidad y las prioridades del propio paciente. La hemoglobina glicada (HbA1c) es solo una parte del plan: desde el diagnóstico hay que fijar también objetivos de presión arterial, lípidos, peso y protección renal y cardiovascular, y revisar el estado vacunal (Davies MJ, 2022; ADA, 2026, secc. 4; Consejo Interterritorial, 2026).

1. Valoración inicial estructurada

Véase la Tabla 1.

Tabla 1. Los cinco pilares de la valoración inicial

Pilar	Qué valorar
Diagnóstico y contexto	Confirmar el diagnóstico ante cualquier duda: síntomas cardinales, pérdida de peso, cetosis o signos de insulinopenia. Identificar fármacos hiperglucemiantes, antecedentes familiares relevantes, infecciones y presentaciones clínicas atípicas.
Historia clínica dirigida	Alimentación, actividad física, tabaco y alcohol, calidad del sueño (incluido el síndrome de apneas-hipopneas) y salud mental, con cribado de depresión. Alfabetización sanitaria, preferencias, apoyo familiar, carga de autocuidado y barreras sociales. Dolor, hipoglucemias previas y episodios de descontrol metabólico.
Comorbilidad y riesgo	Enfermedad cardiovascular aterosclerótica, insuficiencia cardíaca, hipertensión, dislipemia y enfermedad renal crónica. Obesidad, enfermedad hepática metabólica (EHmet), valoración cognitiva y funcional, polifarmacia y cáncer activo.
Exploración y pruebas	Peso, IMC, perímetro abdominal y presión arterial. Exploración cardiovascular, palpación de pulsos y cribado de pie diabético con monofilamento o diapasón. HbA1c, perfil lipídico, creatinina y filtrado glomerular estimado, cociente albúmina/creatinina, iones y pruebas de función hepática. Electrocardiograma según edad o riesgo y retinografía inicial.
Inmunizaciones	Revisar el estado vacunal al diagnóstico y de forma periódica: gripe anual, COVID-19 estacional según edad y riesgo, neumococo, herpes zóster, hepatitis B si existen factores de riesgo y Td/Tdap según el calendario del adulto. La DM2 se considera condición de riesgo.

EHmet: enfermedad hepática metabólica; HbA1c: hemoglobina glicada; IMC: índice de masa corporal.
Fuente: ADA, 2026, secc. 4; Consejo Interterritorial, 2026.

2. Objetivos individualizados de HbA1c

Antes de fijar una cifra conviene clasificar: ¿hay enfermedad cardiovascular establecida, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica, daño de órgano diana o muy alto riesgo cardiovascular? ¿Cuál es la edad biológica y el grado de fragilidad? ¿Qué riesgo de hipoglucemia supone el tratamiento? ¿Hay obesidad y objetivos de pérdida ponderal? ¿Cuál es la esperanza de vida, la carga terapéutica y la preferencia de la persona? En quienes tienen enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca o enfermedad renal crónica, el beneficio cardiorrenal del tratamiento pesa tanto como la reducción de la HbA1c (tabla 2; KDIGO, 2022; Marx N, 2023; García Soidán FJ, 2025; ADA, 2026, secc. 6).

Tabla 2. Objetivos de control glucémico individualizado en la DM2

Duración de la DM2, fragilidad o complicaciones	Objetivo de HbA1c
Diagnóstico reciente, sin fragilidad ni complicaciones	< 6,5 %
Sin fragilidad, con larga evolución (> 10 años) sin complicaciones o con edad > 75 años	≤ 7 %
Fragilidad moderada-grave: deterioro cognitivo o limitación funcional	7,5-8,5 %
Fragilidad muy grave o esperanza de vida limitada	Evitar síntomas (hipoglucemia o hiperglucemia)

HbA1c: hemoglobina glicada. Reevaluar la HbA1c cada 3 meses si no se alcanza el objetivo y cada 6 meses si está en objetivo. Si existe un condicionante clínico, se da prioridad a los tratamientos con evidencia, con independencia del nivel de HbA1c. Es especialmente importante alcanzar una HbA1c < 6,5 % durante el primer año y mantenerla siempre que se consiga sin hipoglucemias. La fragilidad viene determinada, entre otros factores, por el deterioro funcional o cognitivo; el objetivo debe ser flexible, en torno al 7,5-8,5 %, con especial vigilancia en quienes reciben insulina o sulfonilureas. Con una esperanza de vida limitada no hay objetivo de HbA1c: se prioriza la calidad de vida y evitar síntomas.

Fuente: Fundación redGDPS, 2026.

3. Objetivos de presión arterial, lípidos, riñón, peso e hígado

Véase la Tabla 3.

Tabla 3. Objetivos prácticos más allá de la glucemia

Área	Objetivo práctico
Presión arterial	< 130/80 mmHg si se tolera. Puede aceptarse < 140/90 mmHg en fragilidad, hipotensión ortostática, caídas, enfermedad renal crónica avanzada o alta carga terapéutica.
c-LDL	Riesgo moderado: < 100 mg/dl. Alto riesgo: < 70 mg/dl y reducción ≥ 50 %. Muy alto riesgo: < 55 mg/dl y reducción ≥ 50 % (Marx N, 2023).
c-no-HDL y triglicéridos	El c-no-HDL es útil si hay hipertrigliceridemia, obesidad, resistencia a la insulina o un c-LDL poco interpretable: < 100 mg/dl en alto riesgo y < 85 mg/dl en muy alto riesgo. Ante triglicéridos elevados, descartar causas secundarias; si son ≥ 500 mg/dl, prevenir la pancreatitis. Un c-HDL bajo orienta a riesgo metabólico residual, pero no es una diana farmacológica.
Tabaco	Abstinencia. Es el factor que más riesgo residual elimina; abordarlo junto a lípidos y presión arterial.

Área	Objetivo práctico
Función renal y albuminuria	Objetivo: mantener un FGe ≥ 60 ml/min/1,73 m² y un CAC < 30 mg/g. Si el CAC es ≥ 300 mg/g, reducirlo un 30 % o más para frenar la progresión de la enfermedad renal (ADA, 2026, secc. 11).
Adiposidad	Objetivo inicial realista: pérdida ponderal del 5-10 %. Si hay obesidad y objetivos cardiometabólicos, buscar ≥ 10-15 % cuando sea factible con intervención intensiva, farmacoterapia o cirugía. Perímetro de cintura objetivo: < 102 cm en varones y < 88 cm en mujeres (< 90 y < 80 cm en población de origen asiático), o índice cintura-talla < 0,5; por encima de estos umbrales se considera que existe adiposidad central (ADA-SCOO, 2026).
Función hepática y fibrosis	FIB-4 < 1,3: riesgo bajo de fibrosis avanzada. FIB-4 ≥ 1,3: completar la estratificación con elastografía de transición (< 8 kPa descarta fibrosis avanzada) o test ELF. FIB-4 > 2,67, elastografía ≥ 8 kPa o ELF ≥ 9,8: valoración por Digestivo o Hepatología (ADA, 2026, secc. 4; véase el Capítulo 6.7).

CAC: cociente albúmina/creatinina; c-HDL: colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad; c-LDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; ELF: prueba *Enhanced Liver Fibrosis;* FGe: filtrado glomerular estimado; FIB-4: índice de fibrosis 4.

Fuente: Elaboración propia (ADA-SCOO, 2026.Marx N, 2023.

4. Seguimiento y revisión de objetivos

El seguimiento se individualiza, con reevaluación clínica cada 3-6 meses. La HbA1c se valorará al menos dos veces al año si el control es estable, y aproximadamente cada 3 meses si no se alcanza el objetivo, tras cambios terapéuticos o ante cambios clínicos relevantes.

Más allá de esa periodicidad, los objetivos deben revisarse ante cualquier cambio clínico, funcional, terapéutico o en las preferencias de la persona, porque pueden obligar a redefinir las metas y, en algunos casos, a simplificar o desintensificar el tratamiento. Individualizar no significa no actuar: significa actuar con una meta segura y revisable (ADA, 2026, secc. 6; NICE, 2026).

PARA LLEVARSE A LA CONSULTA

1. Antes de fijar una cifra de HbA1c, clasificar: enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica, fragilidad y riesgo de hipoglucemia.
2. Pedir en la primera analítica, además de la HbA1c, perfil lipídico, filtrado glomerular, cociente albúmina/creatinina y transaminasas con plaquetas para calcular el FIB-4.
3. Revisar el estado vacunal en la primera visita: la DM2 es una condición de riesgo.
4. Dejar registrados los objetivos pactados de HbA1c, presión arterial, c-LDL y peso, y revisarlos ante cualquier cambio clínico, funcional o en las preferencias de la persona.
5. Reevaluar la HbA1c cada 3 meses mientras no se alcance el objetivo y cada 6 meses cuando se mantenga: ni inercia ni sobretratamiento.

Bibliografía

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S1-321. Secciones citadas: 4, Comprehensive medical evaluation and assessment of comorbidities (S61-88); 6, Glycemic goals, hypoglycemia and hyperglycemic crises (S132-49); 10, Cardiovascular disease and risk management (S216-45); 11, Chronic kidney disease and risk management (S246-60); 13, Older adults (S277-96).
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Obesity. 3. Screening, diagnosis, evaluation, and staging of obesity in adults: Standards of Care in Overweight and Obesity—2026 [Internet]. Arlington (VA): American Diabetes Association; 2026 [citado 6 oct 2026]. doi:10.2337/doci26-0003 [citada como ADA-SCOO, 2026]
3. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Vacunación específica en personas adultas (≥ 18 años) con condiciones de riesgo. Calendario recomendado año 2026. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2026.
4. Davies MJ, Aroda VR, Collins BS, Gabbay RA, Green J, Maruthur NM, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2022. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Care. 2022;45(11):2753-86. doi:10.2337/dci22-0034
5. Fundación redGDPS. Algoritmo de tratamiento de la DM2 redGDPS 2026: objetivos de control glucémico individualizado en DM2 [Internet]. Madrid: Fundación redGDPS; enero de 2026.
6. García Soidán FJ, Artola Menéndez S, Ávila Lachica L, Baró Pato O, Casado Pradas N, Hernández Teixidó C, et al. Nuevo algoritmo de redGDPS 2026: de la glucemia al paciente. Diabetes Práctica. 2025;16(4):111-21. doi:10.52102/diabet/pract.2025.4.art2
7. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group. KDIGO 2022 clinical practice guideline for diabetes management in chronic kidney disease. Kidney Int. 2022;102(5S):S1-127. doi:10.1016/j.kint.2022.06.008
8. Marx N, Federici M, Schütt K, Müller-Wieland D, Ajjan RA, Antunes MJ, et al. 2023 ESC guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. Eur Heart J. 2023;44(39):4043-140. doi:10.1093/eurheartj/ehad192
9. National Institute for Health and Care Excellence. Type 2 diabetes in adults: management. NICE guideline NG28. Londres: NICE; 2015 [actualizada el 18 de febrero de 2026]. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng28