4. Comunicación del diagnóstico y plan de seguimiento

PUNTOS CLAVE

1. La forma de comunicar el diagnóstico condiciona la aceptación de la enfermedad, la adherencia y el autocuidado. No es un trámite administrativo.
2. Explorar antes de informar: qué sabe, qué teme y qué espera esta persona. Después, lenguaje adaptado a su alfabetización sanitaria.
3. Ni paternalismo ni alarmismo. Entrevista motivacional, decisiones compartidas y objetivos realistas pactados.
4. La educación terapéutica empieza el día del diagnóstico, no cuando aparecen las complicaciones.
5. Comunicar el diagnóstico no es un acto puntual: es un proceso que se refuerza en cada visita.

1. Por qué importa la primera conversación

La comunicación del diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es un momento clínico de gran impacto emocional y pronóstico. La forma en que el profesional transmite la información puede condicionar la aceptación de la enfermedad, la adherencia terapéutica, la capacidad de autocuidado y la evolución posterior (Davies MJ, 2022; ADA, 2026, secc. 5).

El diagnóstico suele generar preocupación, miedo, culpa o negación. Unos lo asocian a complicaciones graves que han visto en familiares o conocidos; otros lo minimizan precisamente porque la enfermedad, al principio, no duele. Por eso la primera entrevista debe empezar explorando creencias, conocimientos previos y expectativas, con un lenguaje claro, empático y ajustado al nivel de alfabetización sanitaria de la persona (Powers MA, 2020).

Conviene evitar tanto el paternalismo como el alarmismo. Las recomendaciones actuales priorizan la entrevista motivacional y la toma de decisiones compartida, con objetivos realistas e individualizados (Miller WR, 2013; Davies MJ, 2022). Ayuda explicar que la DM2 es una enfermedad crónica, frecuente y tratable, cuyo pronóstico mejora de forma sustancial con el control de los factores de riesgo cardiovascular y unos hábitos de vida saludables.

2. Qué explicar en la consulta inicial

Dos mensajes son imprescindibles. El primero, la fisiopatología básica de la enfermedad y el significado de la hemoglobina glicada (HbA1c), en términos que la persona pueda repetir con sus propias palabras. El segundo, que el manejo de la DM2 no se limita al control glucémico, sino que incluye el abordaje integral del riesgo cardiovascular, renal y metabólico (ADA, 2026, secc. 4 y 5).

La educación terapéutica debe iniciarse desde el mismo día del diagnóstico. Las intervenciones estructuradas sobre alimentación saludable, actividad física, reducción ponderal y abandono del tabaco mejoran el control metabólico y disminuyen las complicaciones a largo plazo (Powers MA, 2020). La pérdida de peso adquiere una relevancia especial cuando hay sobrepeso u obesidad: en el ensayo DiRECT, un programa de control ponderal dirigido desde la Atención Primaria logró la remisión de la DM2 en el 46 % de los participantes al año, frente al 4 % del grupo control (Lean MEJ, 2018); la remisión se asocia a la reducción de la grasa hepática y pancreática y depende de la capacidad de recuperación de la célula beta (Taylor R, 2018).

3. Barreras que conviene detectar pronto

La consulta inicial es también el momento de identificar barreras sociales, económicas o psicológicas que puedan dificultar el autocuidado. La depresión, la ansiedad, la soledad y las limitaciones económicas son frecuentes en personas con DM2 y se asocian a peor adherencia y a peores resultados clínicos (ADA, 2026, secc. 5). El abordaje biopsicosocial encaja de forma natural en medicina de familia, por la continuidad asistencial y el conocimiento longitudinal de la persona y de su entorno. Los determinantes sociales y su abordaje se desarrollan en el Capítulo 8.4, y la educación terapéutica, en el Capítulo 5.3.

4. El plan de seguimiento

Tras la comunicación diagnóstica conviene dejar por escrito un plan de seguimiento estructurado y comprensible. Las primeras revisiones requieren mayor frecuencia hasta alcanzar la estabilidad clínica y terapéutica; después, el seguimiento se adapta a la evolución individual y a la presencia de complicaciones o comorbilidades. Los planes estructurados mejoran la adherencia y facilitan la detección precoz de complicaciones (Tabla 1; Powers MA, 2020).

Tabla 1. Plan de seguimiento en atención primaria tras el diagnóstico de DM2

Qué evaluar	Momento inicial	Seguimiento recomendado
HbA1c	Diagnóstico	Cada 3 meses si no se alcanza el objetivo o tras un cambio de tratamiento; cada 6 meses si está en objetivo
Peso, IMC, perímetro abdominal y presión arterial	Diagnóstico	En cada visita
Perfil lipídico	Diagnóstico	Anual
Filtrado glomerular estimado, cociente albúmina/creatinina e iones	Diagnóstico	Al menos anual; con mayor frecuencia si hay enfermedad renal crónica
Retinografía o fondo de ojo	Diagnóstico	Cada 1-2 años según el riesgo
Exploración del pie	Diagnóstico	Anual; trimestral si hay pérdida de sensibilidad, úlcera o amputación previa
Hábitos de vida y adherencia terapéutica	Diagnóstico	En cada visita
Salud emocional	Diagnóstico	Al menos anual, y ante cualquier cambio clínico o vital
Vacunación	Diagnóstico	Según calendario y riesgo (véase Capítulo 3)

HbA1c: hemoglobina glicada; IMC: índice de masa corporal. Se refiere a la persona estable y dentro de objetivos. Ante mal control o alteraciones, la frecuencia de visitas y exploraciones se individualiza.

Fuente: ADA, 2026, secc. 4 y 5; Powers MA, 2020.

Conviene recordar, por último, que la comunicación del diagnóstico no es un acto puntual sino un proceso continuo. La información se refuerza progresivamente en las visitas sucesivas, adaptándose a la evolución clínica, al nivel de comprensión y a las necesidades de cada persona. Un abordaje empático, estructurado y centrado en la persona sigue siendo una de las herramientas más eficaces para mejorar el pronóstico de la DM2 desde las fases iniciales.

PARA LLEVARSE A LA CONSULTA

1. Empezar la primera conversación preguntando qué sabe, qué teme y qué espera la persona, antes de dar información.
2. Comprobar la comprensión pidiendo que explique con sus propias palabras qué es la diabetes y qué mide la HbA1c.
3. Entregar desde el primer día un plan de seguimiento por escrito, con las próximas revisiones y lo que se valorará en cada una.
4. Explorar en la consulta inicial las barreras económicas, sociales y emocionales (depresión, ansiedad, soledad) que puedan dificultar el autocuidado.
5. Si hay sobrepeso u obesidad, presentar la pérdida de peso como una oportunidad real de mejora, incluida la posible remisión, sin plantearla como un objetivo universal.

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); 5, Facilitating positive health behaviors and well-being (S89-131).

2. Davies MJ, Aroda VR, Collins BS, Gabbay RA, Green J, Maruthur NM, et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2022. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetologia. 2022;65(12):1925-66. doi:10.1007/s00125-022-05787-2

3. Lean MEJ, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. Lancet. 2018;391(10120):541-51. doi:10.1016/S0140-6736(17)33102-1

4. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: helping people change. 3.ª ed. Nueva York: Guilford Press; 2013.

5. Powers MA, Bardsley JK, Cypress M, Funnell MM, Harms D, Hess-Fischl A, et al. Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes: a consensus report. Diabetes Care. 2020;43(7):1636-49. doi:10.2337/dci20-0023

6. Taylor R, Al-Mrabeh A, Zhyzhneuskaya S, Peters C, Barnes AC, Aribisala BS, et al. Remission of human type 2 diabetes requires decrease in liver and pancreas fat content but is dependent upon capacity for β cell recovery. Cell Metab. 2018;28(4):547-56.e3. doi:10.1016/j.cmet.2018.07.003