

## Recomendaciones sobre «qué no hacer» en la consulta con los pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Fernando Gallo Trébol

Médico de familia del Centro de Salud Joaquín Elizalde. Servicio riojano de salud, Logroño (La Rioja)

### RESUMEN

Cuando una persona es diagnosticada de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), es normal que se sienta ansioso, asustado o intimidado por esta condición médica. Es fundamental que nuestra actitud sea empática y científica evitando actitudes y acciones que puedan perjudicar al paciente.

La DM2 representa un reto creciente en la Atención Primaria. Aunque existen guías clínicas claras, en la práctica diaria persisten errores que pueden comprometer el control metabólico, aumentar el riesgo de complicaciones y afectar la calidad de vida de los pacientes. El objetivo de este artículo es revisar, desde una perspectiva práctica, las intervenciones innecesarias, aquellas que no han demostrado eficacia, en las que la relación entre riesgos y beneficios no está clara, o no son coste-efectivas como para aconsejar su uso sistemático, es decir lo que no debe hacerse en la atención de personas con DM2, basándonos en la evidencia actual y las recomendaciones de sociedades científicas. Estos errores frecuentes pueden derivar en un mal control glucémico, hipoglucemias evitables, polifarmacia innecesaria y escasa adherencia terapéutica. Identificar estas prácticas inadecuadas es clave para mejorar la atención en el primer nivel.

**Palabras clave:** diabetes mellitus tipo 2, consulta de Atención Primaria, qué no hacer.

**Keywords:** type 2 diabetes mellitus, Primary Care consultation, what not to do.

### NO USAR METFORMINA DE FORMA GENERALIZADA PARA PREVENIR

#### Diabetes en personas con prediabetes

Antes de hablar sobre prediabetes, se debe incidir en que no se debe hacer un cribado poblacional de diabetes. Se recomienda hacerlo en la población de riesgo mediante glucemia basal o HbA1c y preferiblemente aprovechando una analítica por otro motivo<sup>1</sup>. No hay que usar metformina para prevenir diabetes en personas con prediabetes. Hay tres argumentos que justifican esta recomendación:

- Aproximadamente dos tercios de las personas con prediabetes no desarrollan diabetes, incluso después de muchos años.
- En torno a un tercio de las personas con prediabetes vuelven a la regulación normal de la glucosa.
- Las personas que cumplen los criterios de prediabetes presentan un riesgo muy bajo de sufrir complicaciones microvasculares de la diabetes por lo que el tratamiento con metformina impactará poco en este resultado.<sup>2</sup>

### NO SE RECOMIENDA UTILIZAR METFORMINA PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL

Se recomienda insulina y no metformina como tratamiento de primera línea, a pesar de sus potenciales efectos beneficiosos, ya que esta última atraviesa la placenta, generando dudas sobre su seguridad.

Varios ensayos clínicos controlados y metaanálisis<sup>2</sup> han mostrado datos sobre alteraciones del crecimiento en aquellos fetos expuestos a metformina, presentado tanto un peso más bajo al nacimiento como un índice de masa corporal (IMC) mayor durante el seguimiento posterior en la infancia y la adolescencia.

En otros estudios la metformina se asoció con un riesgo menor de hipoglucemia neonatal y un menor aumento de peso materno respecto a la insulina, sin embargo, la metformina atraviesa fácilmente la placenta, lo que da como resultado niveles de metformina en la sangre del cordón umbilical tan altos o superiores que los niveles maternos simultáneos.<sup>3</sup>

### **NO DEBEMOS INDICAR EL AUTOANÁLISIS DE LA GLUCOSA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 NO INSULINIZADOS, SALVO EN SITUACIONES DE CONTROL GLUCÉMICO INESTABLE**

La evidencia científica sobre el papel del autoanálisis de la glucosa como herramienta para el autocuidado en pacientes con DM2 que no requieren insulina concluye que no hay mejoría en el control de la glucemia ni en las cifras de hemoglobina glicada.<sup>4</sup>

El riesgo de hipoglucemia es prácticamente nulo con los actuales tratamientos (iSGLT-2, aGLP-1, iDPP-4 o metformina, que es el fármaco de elección). En los casos en los que el paciente esté usando otro tipo de tratamiento con más riesgo de hipoglucemias, habrá que personalizar.

Tampoco se han demostrado beneficios en términos de satisfacción del paciente, de bienestar general, ni de calidad de vida suponiendo, además, un importante coste para el sistema sanitario público<sup>5</sup>.

El autoanálisis en los pacientes con DM2 no insulinizados debe reservarse para aquellos con controles inestables, en pacientes propensos a la hipoglucemia o cuando exista un cambio de tratamiento (dosis de medicamento, cambios en la dieta...)<sup>6-7</sup>.

Para dar una buena cobertura de control a los pacientes con buen control clínico y metabólico, se recomienda realizar la determinación de HbA1c no más de dos veces al año. Si es preciso realizar la determinación con mayor frecuencia, no debemos hacerlo con periodicidad inferior a tres meses. La HbA1c, por su funcionamiento, mide el nivel de glicación de la hemoglobina, por lo que hacerlo en menos de 3 meses no tiene mucho sentido.

### **EVITAR EL ENFOQUE DE “TALLA ÚNICA”**

Evitemos tratar a todos los pacientes de la misma manera. Cada individuo tiene necesidades únicas, por lo que es importante adaptar los planes de tratamiento y sus objetivos según sus circunstancias específicas, preferencias y comorbilidades.

### **DESCUIDAR LA INDIVIDUALIZACIÓN EN EL OBJETIVO DEL CONTROL DE GLICADA**

En la historia clínica de todos los pacientes con DM2 debería constar el nivel de HbA1c objetivo. Pese a que en estos últimos años estamos viendo que no hay que ser tan

glucocéntricos como lo éramos anteriormente, no debemos olvidar la importancia de una HbA1c controlada.

Sabemos que no debemos permitir tras el momento del diagnóstico y al menos por los siguientes 12 meses controles laxos en lugar de buscar el mejor control para alcanzar el efecto legado, si no que es deseable que este control sea alcanzado lo antes posible evitando la inercia terapéutica, evidentemente, sin incurrir en hipoglucemias. Recordemos el llamado efecto legado y su influencia en la morbimortalidad a largo plazo<sup>8</sup>. Numerosos estudios apuntan que la normoglucemia mantenida en la etapa más temprana de la diabetes se asocia con beneficios a largo plazo, mientras que los períodos de hiperglucemia tendrían un efecto perjudicial en el futuro. Tal es así que uno de los objetivos del último algoritmo de tratamiento de la redGDPS es la intervención combinada farmacológica precoz.

Muchos pacientes permanecen con el mismo tratamiento durante años pese a tener una HbA1c persistentemente elevada. Si los niveles de azúcar en sangre de un paciente no están mejorando, seamos proactivos al reevaluar y ajustar su régimen de medicamentos<sup>9</sup>. De la misma manera, no debemos postergar el progreso del tratamiento por temor a la insulinización.

En un reciente estudio se estudió el impacto económico de un control estricto durante los primeros cinco años después del diagnóstico de DM2 que se estimó en 13.473 euros por paciente, que es menor que el impacto del control no estricto, que fue estimado en 16.122 euros por paciente durante el mismo período.<sup>10</sup> Todo esto debe ser compatible con evitar establecer metas poco realistas para los niveles de glucosa en sangre o la pérdida de peso. Los objetivos deben ser individualizados y alcanzables para prevenir la desmotivación.

El objetivo de control debe variar en función de la edad, la expectativa de vida y la fragilidad del paciente, de manera que dicho objetivo de control sea más relajado a medida que la edad y la fragilidad aumentan.

### **IGNORAR EL CONTROL DE OTROS FACTORES DE RIESGO**

Las comorbilidades en la DM2 no solo son comunes, sino que también modifican profundamente el manejo clínico, los objetivos terapéuticos y el pronóstico del paciente. Desde hace mucho sabemos que las comorbilidades influyen significativamente en su evolución y tratamiento. En todos los pacientes

DM2 debemos calcular el nivel de riesgo cardiovascular usando las tablas de riesgo recomendadas por las sociedades (SCORE-AP para población general y SCORE-DM para población con diabetes) y obrar según el riesgo de cada paciente<sup>1</sup>. Este nivel de riesgo se debe revisar periódicamente.

Tanto la obesidad como el síndrome metabólico aumentan la resistencia a la insulina y se asocian con una peor evolución de la DM2.

La DM2 coexiste frecuentemente con enfermedades cardiovasculares, como hipertensión arterial, cardiopatía isquémica o insuficiencia cardíaca, que aumentan el riesgo de infarto, accidente cerebrovascular y muerte prematura.

Las comorbilidades suponen una mayor carga terapéutica y complejidad en el tratamiento, el cual debe adaptarse a su presencia: requieren múltiples medicamentos, existe mayor riesgo de interacciones medicamentosas, aumenta el riesgo de efectos adversos y disminuye el cumplimiento terapéutico.

Las comorbilidades pueden afectar la capacidad funcional, el estado emocional y la calidad de vida general del paciente estando directamente asociadas con una mayor mortalidad y peor pronóstico en personas con DM2. Esto resalta la necesidad de un enfoque de tratamiento integral.

### OLVIDAR UNA REVISIÓN PERIÓDICA DE LA MEDICACIÓN

---

Debemos hacer una revisión periódica de la medicación y preguntar sobre plantas medicinales, medicamentos sin receta y suplementos dietéticos interrumpiendo las terapias innecesarias y sustituyéndolas por alternativas más seguras. No prescribamos medicamentos sin una justificación clara. Esto puede llevar a la polifarmacia, aumentando el riesgo de efectos secundarios, complicando el manejo y disminuyendo el cumplimiento terapéutico.

Desde el punto de vista farmacológico, no debemos:

- Obviar el uso de iSGLT-2 o arGLP-1 en pacientes en prevención secundaria vascular o con enfermedad renal crónica (no debemos prescribir fármacos antidiabéticos sin conocer la función renal que puede condicionar el uso de algunos de ellos o la dosificación).
- Dejar de pautar iSGLT-2 en personas con IC. Y no debemos pautar pioglitazona en IC independientemente de la fracción de eyección.

- Usar fármacos que producen hipoglucemias sin probar alternativas farmacológicas más seguras.
- Prescribir un iDPP-4 junto con un arGLP-1.
- Evitemos prescribir fármacos que precisan varias tomas al día frente a los de toma única o terapias combinadas que facilitan la adherencia terapéutica.

### NO INVOLUCRAR A LA FAMILIA

---

La diabetes afecta no solo al paciente, sino también a su entorno. Involucrar a la familia en la educación y el manejo es imprescindible.

El soporte familiar es importante dado que aporta apoyo emocional y psicológico en el mantenimiento de un tratamiento que implica a tantea áreas de la vida personal del paciente. Ayuda a mantener la motivación y la adherencia al tratamiento (temas tan importantes como el recordatorio de medicamentos o el acompañamiento a consultas) siendo un apoyo fundamental en el autocuidado.

Cuando toda la familia adopta hábitos saludables, el paciente se siente acompañado y motivado. La participación de todos en la preparación de comidas saludables y el establecimiento de rutinas de ejercicio crean un modelo de comportamiento saludable que es más fácil de implementar cuando todo el grupo familiar se implica en ello.

Es fundamental que la familia también comprenda la enfermedad ya que una familia informada puede evitar errores comunes como ofrecer alimentos inadecuados, abandonar la actividad física o subestimar la importancia de los controles médicos.

Aspectos frecuentes como la falta de comprensión o la sobreprotección pueden llevar a tensiones familiares que interfieran con el manejo de la diabetes y evitan la autonomía del paciente que es, en definitiva, quien se va a tener que controlar a lo largo de su vida. La información aclara ideas o conceptos erróneos previniendo posibles conflictos.

### DESESTIMAR LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

---

Como hemos comentado antes, la DM2 es una enfermedad crónica que requiere un enfoque integral que va más allá del tratamiento médico: requiere empoderar al paciente (mejora el control metabólico, previene las complicaciones, fomenta

la autonomía e incluso facilita la sostenibilidad un sistema sanitario).

En la entrevista merece la pena destacar algunos aspectos que pueden obrar en nuestra contra:

- Minimizar sus preocupaciones: es importante escuchar y validar las inquietudes de tus pacientes. No subestimemos sus miedos o dudas sobre la enfermedad.
- Imponer cambios drásticos: cambios pequeños y sostenibles son más efectivos. Evitemos presionar a los pacientes para que hagan cambios radicales en su dieta o estilo de vida de inmediato.
- Evitar malentendidos sobre el uso de medicamentos, la dieta o la monitorización de la glucosa. Esto promueve la adherencia al tratamiento a través del conocimiento y la motivación para involucrarse en su autocuidado.
- Evitar frases tópicas y mitos que desaniman al paciente.
- Evitar circunscribir las visitas de revisión a la medición del peso y la glucemia capilar sin plantear objetivos consensuados y estrategias de educación sanitaria para conseguirlos.

Una comunicación clara permite que el paciente comprenda mejor su condición, los objetivos del tratamiento y los riesgos asociados si no se controla adecuadamente, así como evitar pasar por alto las preferencias y preocupaciones de su paciente en relación con los medicamentos. Involucrarlos en el proceso de toma de decisiones puede mejorar la adherencia y la satisfacción. También ayuda a identificar dificultades económicas, familiares o sociales que pueden interferir con el manejo de la enfermedad.

### **NO ABORDAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

Ignorar las barreras que pueden tener los pacientes para seguir su tratamiento puede resultar en una falta de adherencia y, por ende, en un mal control de la diabetes. No olvidemos que la adherencia constituye uno de los pilares fundamentales en el seguimiento de estos pacientes, pues su falta supone la primera causa de mal control.

No asumamos que los pacientes están tomando sus medicamentos según lo prescrito ya que se ha comprobado que el médico suele sobreestimar la adherencia de sus pacientes cuando no se mide objetivamente. Revisemos regularmente su adherencia y abordemos cualquier barrera que puedan enfrentar intentando que el paciente no se sienta juzgado. Antes de intensificar un tratamiento hay que comprobar si el paciente lo toma.

### **NO INVOLUCRAR A UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR**

Evitemos trabajar de forma aislada. Un enfoque multidisciplinario e individualizado es fundamental para optimizar los resultados en salud. Más allá de la evidente implicación de la unidad de Atención Primaria, la evolución de la DM2 es lo suficientemente larga como para poder tener que colaborar con dietistas, educadores en diabetes y otros profesionales de la salud con el objetivo de proporcionar una atención integral.

El abordaje multidisciplinario aumenta la eficacia del tratamiento, mejora la calidad de vida del paciente y contribuye a un manejo más sostenible del sistema de salud. Es un modelo centrado en la persona, no solo en la enfermedad.

### **IGNORAR LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD**

Es fundamental que los pacientes comprendan su condición para involucrarlos en la toma de decisiones. No asumamos que saben lo que implica vivir con diabetes.

No debemos omitir la educación de los pacientes sobre sus medicamentos. Asegurémonos de que comprendan cómo tomarlos, los posibles efectos secundarios y la importancia de la adherencia.

### **NO REALIZAR TRATAMIENTO INTENSIVO DE LA GLUCEMIA EN ANCIANOS CON DIABETES**

En el caso de pacientes ancianos o frágiles quizás se expongan a daños potenciales al intentar mantener un control demasiado estricto de sus niveles de glucemia.

En una revisión sistemática Cochrane sobre los efectos del control intensivo de la glucemia en personas con DM2 se identificaron 28 ensayos clínicos aleatorizados (ECA), con 18.717 participantes asignados al control intensivo de la glucemia y 16.195 asignados a los controles convencionales. El control intensivo de la glucemia pareció reducir el riesgo de complicaciones microvasculares, mientras que aumentó el riesgo de eventos adversos graves y de hipoglucemia.<sup>10</sup>

Otro estudio confirma que los riesgos del tratamiento intensivo en los pacientes de edad avanzada con diabetes que no tienen un óptimo estado salud, probablemente exceden a los beneficios. En los adultos mayores, la finalidad es mejorar la

calidad de vida, preservar la seguridad y evitar los efectos adversos del tratamiento. El objetivo del control de la glucemia debe centrarse en el paciente y no en conseguir un control estricto de las cifras de HbA1c.<sup>11,12</sup>

### **NO CONSIDERAR EL IMPACTO DE LA SALUD MENTAL**

---

La DM2 puede afectar el bienestar emocional. Ignorar problemas como la depresión o la ansiedad puede interferir con el manejo efectivo de la enfermedad.

Hay una relación bidireccional entre salud mental y diabetes. Las personas con DM2 tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales, especialmente depresión y ansiedad. A su vez, los problemas de salud mental pueden empeorar el control glucémico, ya que afectan a la capacidad de seguir el tratamiento, la dieta o el ejercicio. La depresión o la fatiga mental pueden llevar al abandono de medicamentos, controles médicos y hábitos saludables. Todo esto dificulta aún más el control de la diabetes, creando un círculo vicioso entre estrés y mal control glucémico.

Las personas con DM2 pueden experimentar culpa, vergüenza o estigmatización, lo cual afecta su autoestima. Intervenciones como la psicoterapia cognitivo-conductual, el apoyo emocional y la educación diabetológica han mostrado mejorar tanto el bienestar psicológico como el control de la glucosa.

### **IGNORAR LOS HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES**

---

Es un error ser predominantemente farmacocéntrico en el abordaje de la DM2. No podemos pasar por alto el papel

de la alimentación y la actividad física en el manejo de la diabetes. Animemos a mantener una alimentación saludable y a realizar ejercicio de forma regular como parte del plan de tratamiento para limitar el control del peso y la sensibilidad a la insulina, además de mantener una adecuada higiene del sueño (ver algoritmo de tratamiento no farmacológico de la redGDPS).

Asimismo, la eliminación de hábitos tóxicos debe ser supervisada en todos los controles de salud.

### **NO MANTENERSE ACTUALIZADO**

---

No nos acomodemos. En los últimos años estamos viviendo una tremenda revolución en el tratamiento de la DM2 y los años que vienen no van a ser más tranquilos. No descuidemos la educación continua sobre las últimas pautas y opciones de tratamiento de la DM2 para poder tomar decisiones basadas en la evidencia científica, priorizando aquellas con mayor nivel de evidencia y abandonando las prácticas que no aportan valor.

### **CONCLUSIÓN**

---

Evitar errores comunes en la atención de pacientes con DM2 mejora los resultados clínicos, optimiza los recursos del sistema de salud y, sobre todo, mejora la calidad de vida de las personas. El médico de Atención Primaria desempeña un papel crucial en la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento integral de esta enfermedad crónica. Una atención cuidadosa, centrada en el paciente y basada en la evidencia es la mejor herramienta para evitar complicaciones y asegurar un manejo efectivo y humano.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Orozco-Beltrán D, Brotons-Cuixart C, Banegas JR, Gil-Guillen VF, Cebrián-Cuenca AM, Martín-Rioboó E, Jordá-Baldó A, Vicuña J, Navarro-Pérez J. Recomendaciones preventivas vasculares. Actualización PAPPS 2024 [Cardiovascular preventive recommendations. PAPPS 2024 thematic updates]. *Aten Primaria*. 2024 Nov;56 Suppl 1(Suppl 1):103123. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2024.103123. PMID: 39613355; PMCID: PMC11705607.
2. Tarry-Adkins JL, Aiken CE, Ozanne SE. Neonatal, infant, and childhood growth following metformin versus insulin treatment for gestational diabetes: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2019 Aug 6;16(8):e1002848. doi: 10.1371/journal.pmed.1002848. PMID: 31386659; PMCID: PMC6684046.
3. Díez JJ, Anda E, Bretón I, González-Blanco C, Miguélez M, Zugasti A, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) sobre «qué no hacer» en la práctica clínica. *Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed)*. 2025;72(3):101531. doi:10.1016/j.endinu.2024.11.001
4. Farmer AJ, Perera R, Ward A, Heneghan C, Oke J, Barnett AH, et al. Meta-analysis of individual patient data in randomised trials of self monitoring of blood glucose in people with non-insulin treated type 2 diabetes. *BMJ*. 2012;344:e486.
5. Depablos-Velasco P, Salguero-Chaves E, Mata-Poyo J, Derivas-Otero B, García-Sánchez R, Viguera-Ester P. Quality of life and satisfaction with treatment in subjects with type 2 diabetes: results in Spain of the PANORAMA study. *Endocrinol Nutr*. 2014 Jan;61(1):18-26. English, Spanish. doi: 10.1016/j.endonu.2013.05.005. Epub 2013 Sep 19. PMID: 24055176.
6. Cameron C, Coyle D, Ur E, Klarenback S. Cost-effectiveness of self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus managed without insulin. *CMAJ*. 2010;182(1):28-34.
7. Malanda UL, Welschen LMC, Riphagen II, Dekker JM, Nijpels G, Bot SDM. Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus who are not using insulin. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;1:CD005060.
8. Orozco-Beltrán D, Brotons-Cuixart C, Banegas JR, Gil-Guillen VF, Cebrián-Cuenca AM, Martín-Rioboó E, Jordá-Baldó A, Vicuña J, Navarro-Pérez J. Recomendaciones preventivas vasculares. Actualización PAPPS 2024 [Cardiovascular preventive recommendations. PAPPS 2024 thematic updates]. *Aten Primaria*. 2024 Nov;56 Suppl 1(Suppl 1):103123. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2024.103123. PMID: 39613355; PMCID: PMC11705607.
9. Hemmingsen B, Lund SS, Gluud C, Vaag A, Almdal TP, Hemmingsen C, et al. Targeting intensive glycaemic control versus targeting conventional glycaemic control for type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;11:CD008143.
10. Hemmingsen B, Lund SS, Gluud C, Vaag A, Almdal T, Hemmingsen C, Wetterslev J. Intensive glycaemic control for patients with type 2 diabetes: systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis of randomised clinical trials. *BMJ*. 2011 Nov 24;343:d6898. doi: 10.1136/bmj.d6898. PMID: 22115901; PMCID: PMC3223424.
11. Merino M, Maravilla-Herrera P, Artola S, Escalada J, Pérez A, Remón J, Trillo-Mata JL, Vallès-Callol JA and Hidalgo-Vega Á (2025) Tight and early HbA1c control in patients with type 2 diabetes mellitus in Spain: quantifying the social value. *Front. Public Health* 13:1511108. doi: 10.3389/fpubh.2025.1511108.
12. Lipska KJ, Ross JS, Miao Y, Shah ND, Lee SJ, Steinman MA. Potential overtreatment of diabetes mellitus in older adults with tight glycemic control. *JAMA Intern Med*. 2015;175(3):356-62.