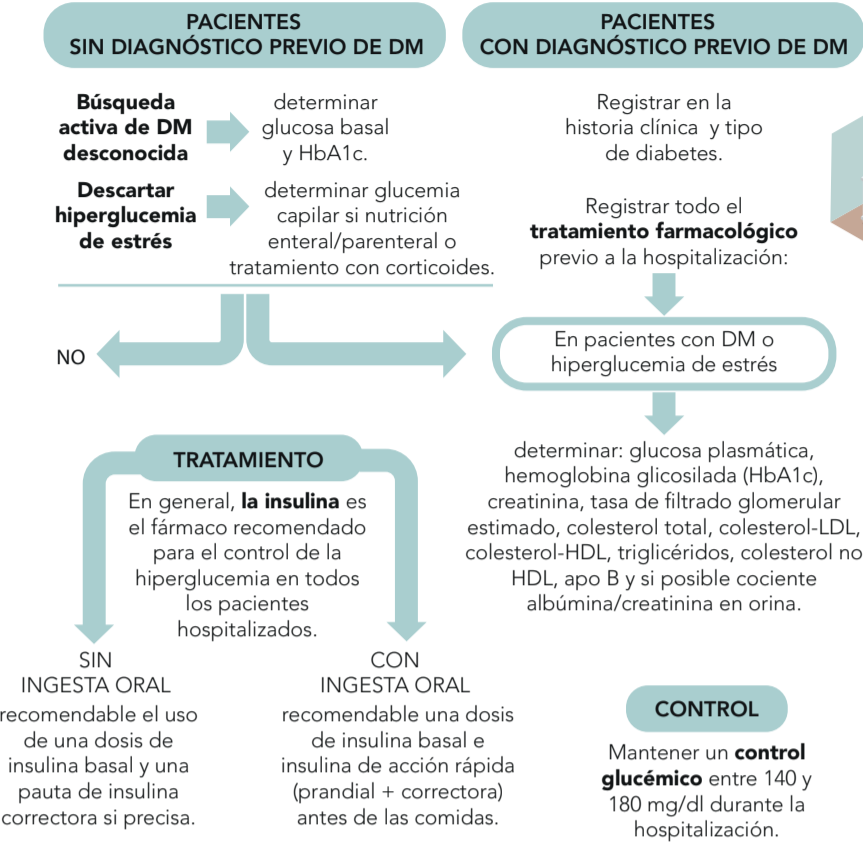


OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS EN LAS UNIDADES DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Documento de consenso SEC-SEEN

RECOMENDACIONES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN CARDIOLOGÍA (Fase I)

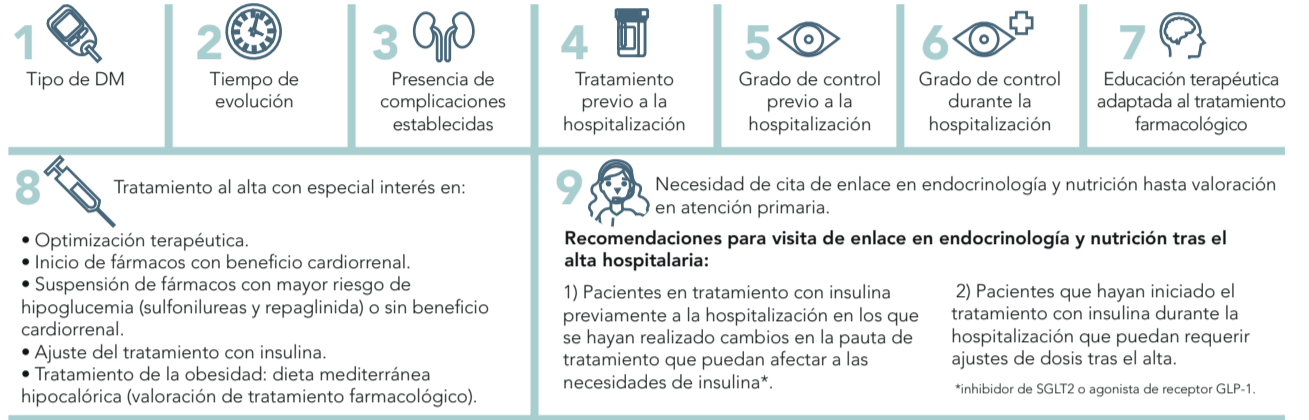
INGRESO



¿Cuándo realizar interconsulta a endocrinología y nutrición?

- Pacientes con DM en tratamiento con una pauta completa de insulina (insulina basal e insulina de acción rápida o insulinas premezcladas) previamente a la hospitalización.
 - Pacientes con o sin DM conocida que presentan inadecuado control glucémico o que hayan iniciado tratamiento con insulina.
- Es muy importante que exista una adecuada coordinación-planificación del alta hospitalaria, especialmente si el paciente ha necesitado iniciar insulina durante la hospitalización.

En aquellos pacientes valorados por endocrinología y nutrición durante la hospitalización, y para facilitar la comunicación entre niveles asistenciales, se recomienda la realización de un **informe complementario** de endocrinología y nutrición que incluya:

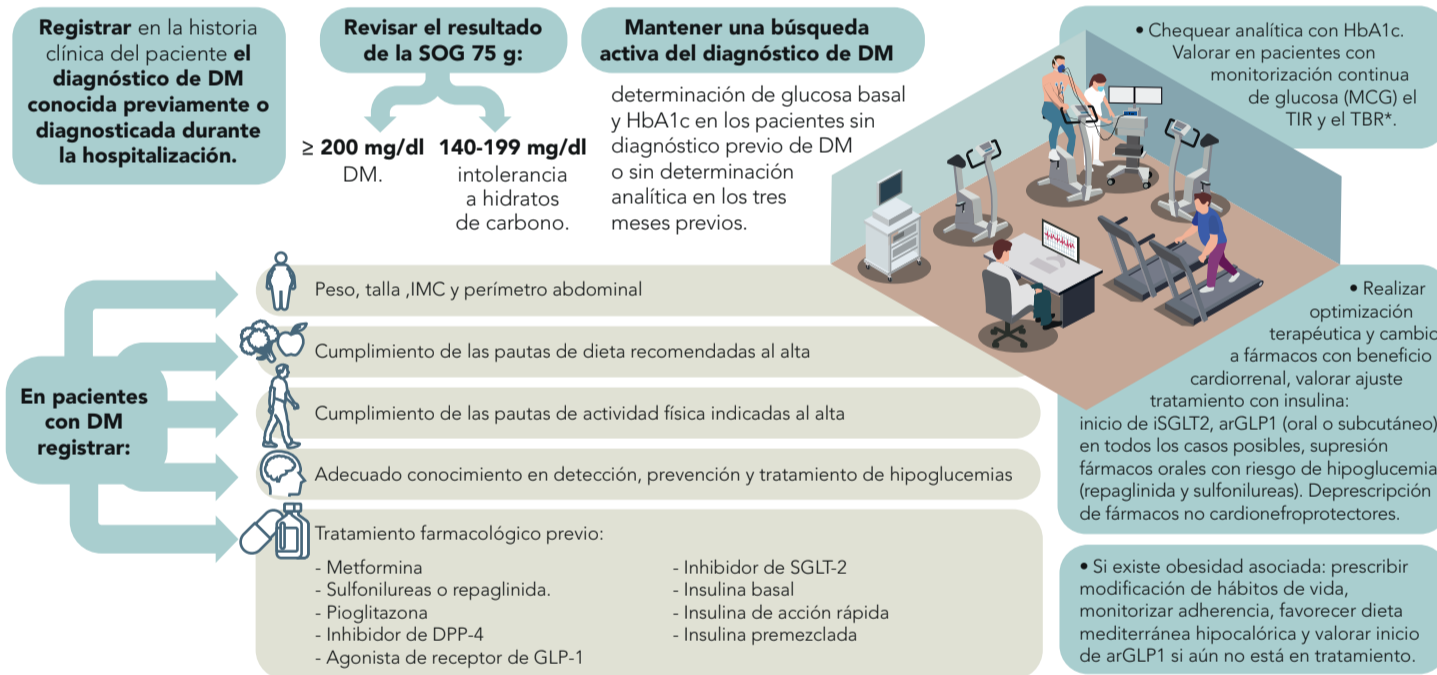


El mantenimiento o inicio de fármacos iSGLT-2 y/o arGLP-1 para el control de la glucemia durante la hospitalización debería ser individualizado en función del balance riesgo/beneficios.

Recomendaciones al alta por cardiología:

- Entrega de cita programada en Unidad de Rehabilitación Cardíaca (URC), idealmente en menos de 1 mes tras el alta hospitalaria.
- Solicitar la realización de sobrecarga oral de glucosa con 75 g (SOG 75 g) en aquellos pacientes con HbA1c entre 5,7 y 6,4% o con glucosa basal entre 100 y 125 mg/dl.

RECOMENDACIONES PRIMERA VISITA EN URC TRAS EL ALTA HOSPITALARIA (Fase II)

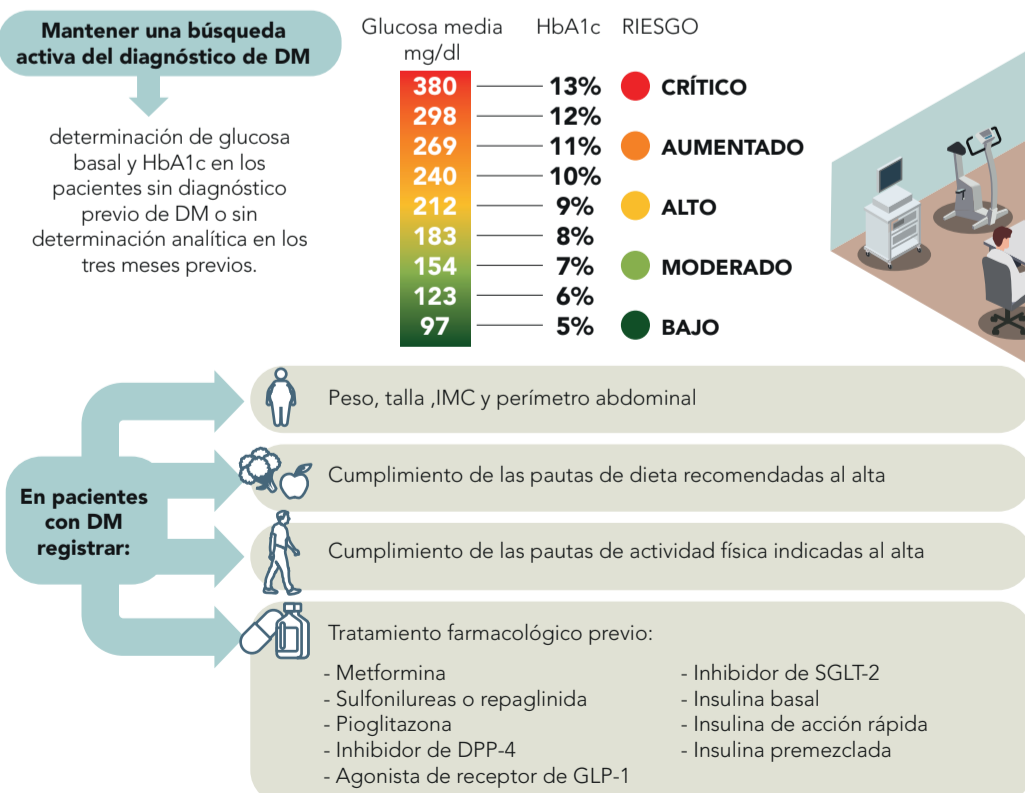


¿Cuándo realizar una integración en el programa* del especialista en endocrinología y nutrición en función de los resultados previos?

- Pacientes con inadecuado control glucémico (A1c y TIR**, en pacientes con monitorización de glucosa, por encima de objetivo, según edad y comorbilidades), en tratamiento con triple terapia.
- Pacientes que presenten hipoglucemias (graves, inadvertidas o de repetición). Pacientes con TBR > 4%**.
- Vigilar de forma especial si tratamiento con insulina o sulfonilureas/repaglinida.
- Tasa de filtrado glomerular estimado < 30 ml/min.
- Efectos adversos durante tratamiento con arGLP1 o iSGLT2
- Valorar derivar si IMC ≥ 35 o ≥ 30 con comorbilidades

**Los pacientes portadores de sistemas de monitorización de glucemia tienen acceso en su lector/móvil a los datos de TIR (tiempo en rango) y TBR (tiempo por debajo de rango).

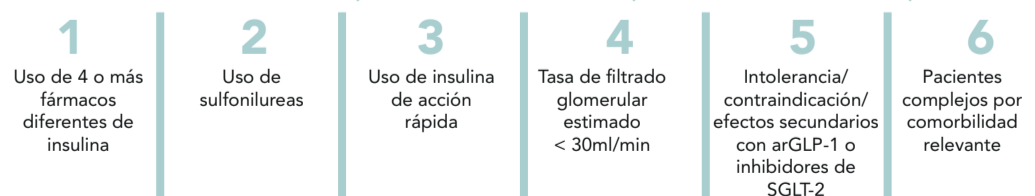
RECOMENDACIONES VISITAS SUCESIVAS EN URC (Fase III)



¿Cuándo realizar una integración en el programa** del especialista en endocrinología y nutrición en función de los resultados previos, también posible e-consulta?

- Según valor de HbA1c (TIR, en pacientes con monitorización de glucosa) por encima de objetivo, según edad y comorbilidades, a pesar de tratamiento.

- Paciente con DM y tratamiento farmacológico de especial complejidad:



Derivar a atención primaria a aquellos pacientes con DM sin criterio de derivación a endocrinología y nutrición en las fases previas para control-seguimiento de DM.

**La integración en el programa puede realizarse mediante el uso de la e-consulta para evitar demoras innecesarias en la atención y necesidad de desplazamientos no imprescindibles del paciente.