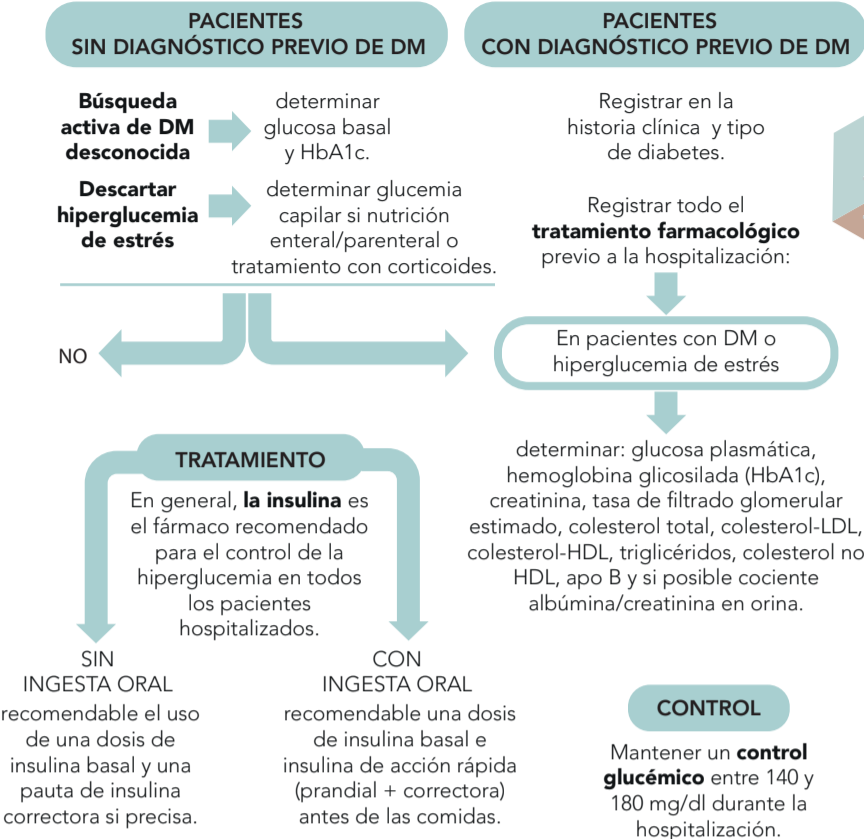


# OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS EN LAS UNIDADES DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Documento de consenso SEEN-SEC | Manuel Gargallo Fernández, Rebeca Reyes García y Pedro J Pinés Corrales (SEEN) | Vicente Arrate Esteban, Raquel Campuzano Ruiz y María Rosa Fernández Olmo (SEC)

## RECOMENDACIONES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN CARDIOLOGÍA (Fase I)

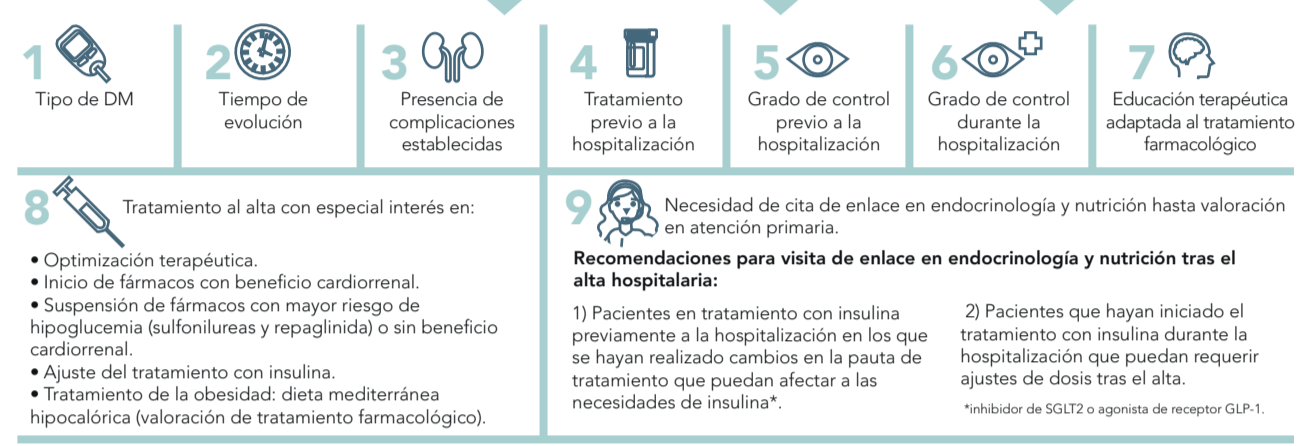
### INGRESO



### ¿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:**

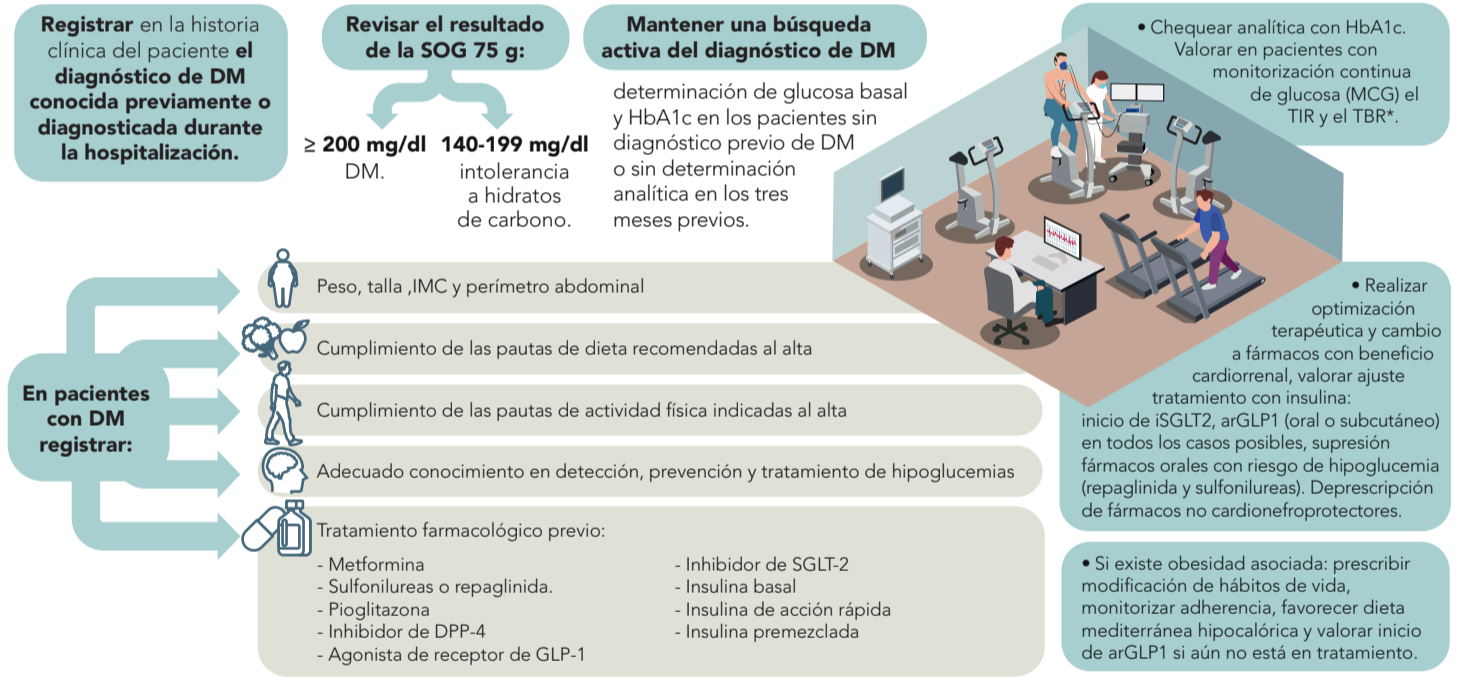


**Recomendaciones al alta por cardiología:**

- 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.

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

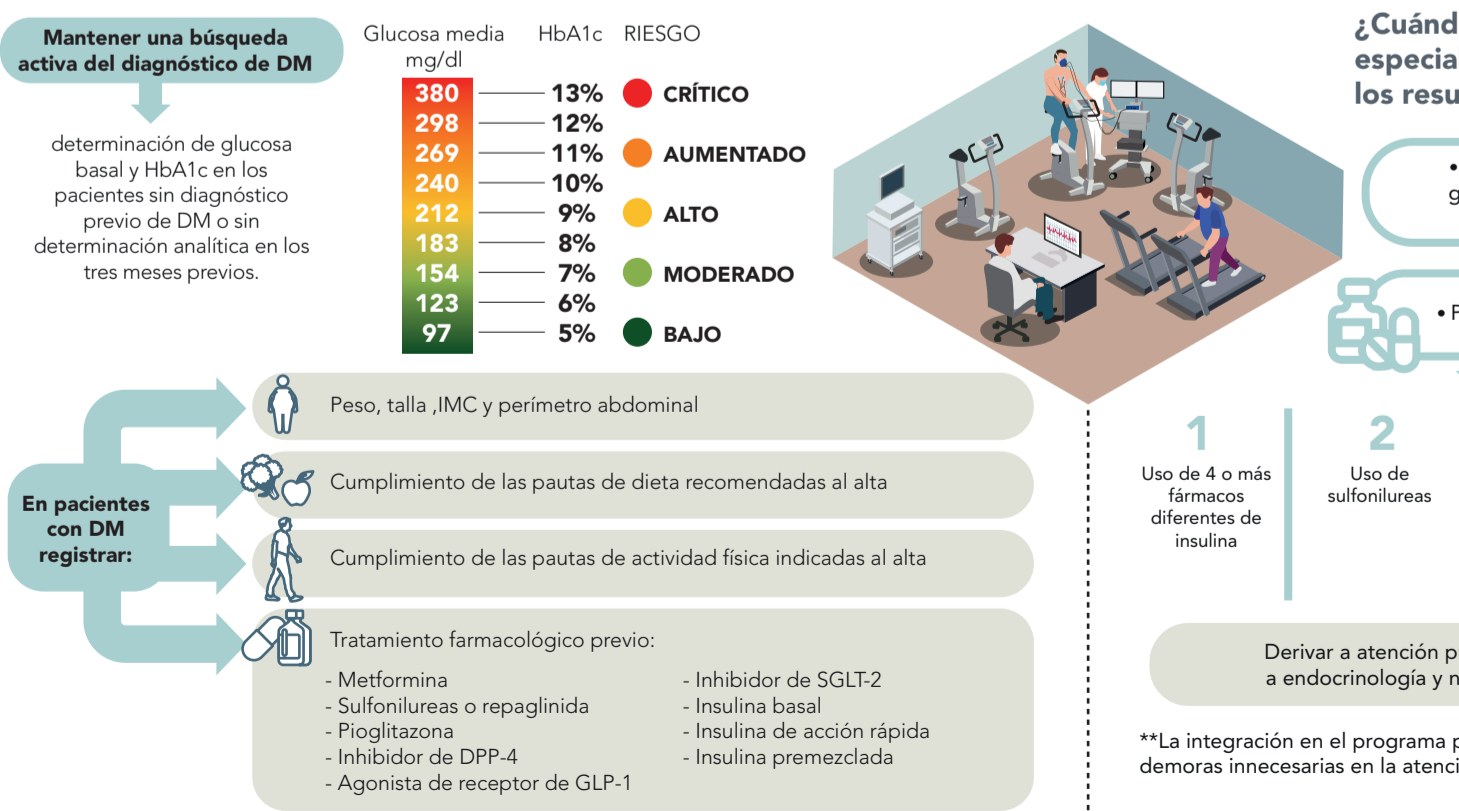


### ¿Cuándo realizar una integración en el programa\* del especialista en endocrinología y nutrición en función de los resultados previos?

- 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%\*\*.
  - Valorar derivar si IMC ≥ 35 o ≥ 30 con comorbilidades
- Tasa de filtrado glomerular estimado < 30 ml/min.
- Efectos adversos durante tratamiento con arGLP1 o iSGLT2

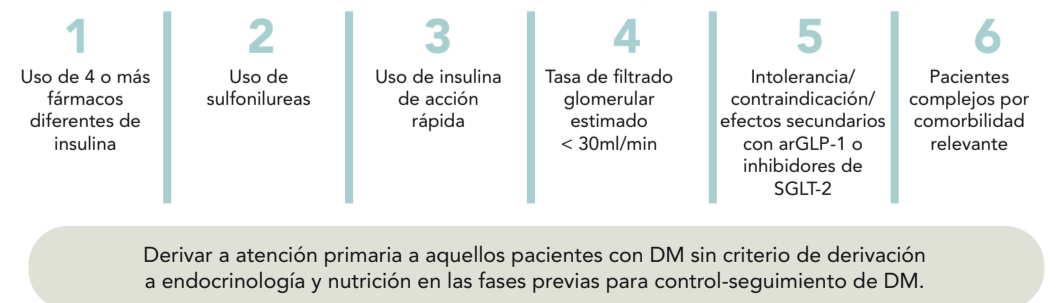
\*\*Los pacientes portadores de sistemas de monitorización de glucemia tienen acceso en su lector/móvil a los datos de TIR (tiempo en rango) y TBR (tiempo por debajo de rango).

## 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:



\*\*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.