

# OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS Y DEL ESTADO NUTRICIONAL EN LAS UNIDADES DE ICTUS

## Documento de consenso SEEN-SEN 2023

María del Mar Freijo, Elena López-Cancio, Francisco Moniche, Marta Rubiera (Grupo de estudio de enfermedades cerebrovasculares de la SEN)  
Pedro J. Pinés, Francisco Pita, María Riestra, Pedro Rozas (Área de conocimiento de diabetes y área de conocimiento de nutrición de la SEEN)

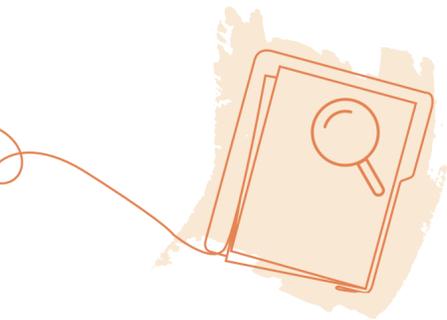
Todos los autores han participado por igual en la elaboración del documento

SEEN: Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición; SEN: Sociedad Española de Neurología.

## RECOMENDACIONES AL INGRESO Y DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN (FASE I)

### PACIENTES CON DIAGNÓSTICO PREVIO

Registrar en **historia clínica** si existe diagnóstico previo de DM y el tipo, así como todo tratamiento farmacológico anterior a la hospitalización.



### PACIENTES SIN DIAGNÓSTICO PREVIO

#### Búsqueda activa de DM desconocida

Determinar HbA1c

#### Descartar hiperglucemia de estrés

Determinar glucemia capilar:

- Cada **6h** las primeras **24 h** tras el ictus agudo.
- Posteriormente si recibe nutrición enteral/parenteral o corticoides

### VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL

#### Analítica

- Glucosa plasmática
- HbA1c
- Creatinina
- TFGe
- Colesterol total
- Colesterol- LDL
- Colesterol- HDL
- Colesterol- no HDL
- TG
- Apo B (si está disponible)
- Ratio albumina/creatinina en orina (si es posible)

#### Cribados tras ingreso

##### Desnutrición

- En las primeras 24-48 h
- Semanalmente si no hay riesgo en valoraciones previas

##### Sarcopenia

- En las 1ª 24-48h

##### Disfagia

- En las 1ª 24-48 h en pacientes con sospecha de disfagia orofaríngea (previo al inicio de la ingesta oral)



Si hay riesgo de desnutrición o disfagia, determinar: albúmina, prealbúmina, PCR y realizar la medición del perímetro de pantorrilla

#### Control

Mantener un control glucémico entre **140 y 180 mg/dl** y evitar valores de glucosa < 100 mg/dl durante la hospitalización

## TRATAMIENTO

### Terapia farmacológica



#### EN GENERAL

Insulina subcutánea

#### SIN INGESTA ORAL Y CON INGESTA ENTERAL CONTINUA

Insulina basal y correctora si es precisa

#### CON INGESTA ORAL Y ENTERAL "EN BOLOS"

Insulina basal y de acción rápida (prandial + correctora) antes de las ingestas

SE PUEDEN VALORAR FÁRMACOS NO INSULÍNICOS EN SITUACIONES ESPECIALES, CON USO SUPERVISADO POR EL EQUIPO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

### Terapia nutricional



Sonda nasogástrica para **nutrición enteral** con comprobación radiológica en cámara gástrica si se **detecta disfagia grave** y/o el nivel de consciencia no permita la ingesta oral

En los pacientes con dieta oral debe registrarse regularmente la **seguridad y la eficacia** de la ingesta

Se recomienda valorar el uso de **fórmulas específicas de diabetes en nutrición enteral y como suplemento oral nutricional**, cuando sea necesario

EVITAR PERIODOS DE DIETA >48 H EN PACIENTES CON DESNUTRICIÓN Y > 5 DÍAS EN PACIENTES CON ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO PREVIO A HOSPITALIZACIÓN

### ¿CUÁNDO REALIZAR INTERCONSULTA HOSPITALARIA A ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN?

Pacientes con DM en tratamiento con una pauta completa de insulina previamente a la hospitalización

Pacientes con DM usuarios de MCG intersticial previamente a la hospitalización

Pacientes diagnosticados de DM durante la hospitalización por HbA1c  $\geq$  6.5% sin tratamiento farmacológico previo

Pacientes con dieta oral que presentan **ingestas < 75%** de sus requerimientos estimados de calorías y proteínas de manera mantenida

Pacientes que presentan **inadecuado control glucémico durante la hospitalización** (a pesar de la aplicación del protocolo de tratamiento del centro) y/o **previo al ingreso**

Pacientes que han precisado **tratamiento con insulina durante la hospitalización** en los que se prevé **necesidad de mantenimiento tras el alta hospitalaria**

Pacientes que precisan soporte nutricional con **nutrición enteral**

### ¿CUÁNDO REALIZAR UNA VISITA DE ENLACE DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN?

**DURANTE HOSPITALIZACIÓN:** Para facilitar la comunicación entre niveles asistenciales, se recomienda la realización de un **informe complementario** por parte de Endocrinología y Nutrición que incluya:

- Tipo de DM
  - Tiempo de evolución
  - Presencia de complicaciones establecidas
  - Tratamiento previo a la hospitalización
  - Grado de control previo a la hospitalización
  - Grado de control durante la hospitalización
  - Educación terapéutica adaptada al tratamiento farmacológico
  - Indicación del modo de monitorización adecuado de la glucemia: capilar (frecuencia) o MCG intersticial
  - Diagnóstico de desnutrición basado en criterios GLIM
  - Diagnóstico de disfagia asociada a enfermedad neurológica
  - Soporte nutricional recibido durante la hospitalización
  - Situación nutricional en el momento del alta hospitalaria: antropometría, valoración morfofuncional y capacidad de deglución
  - Necesidad de soporte nutricional tras el alta hospitalaria
  - Necesidad de seguimiento en CCEE de Endocrinología y Nutrición
- Tratamiento al alta, con especial interés en:**
- Optimización terapéutica
  - Optimización nutricional basada en un patrón de dieta mediterránea suplementada con AOVE y/o frutos secos
  - Valorar el inicio de fármacos con beneficio vascular-renal demostrado (arGLP-1 y/o iSGLT-2)
  - Valorar inicio de fármacos con posible beneficio específico sobre EC (semaglutida, dulaglutida, pioglitazona)
  - Valorar suspensión de fármacos con mayor riesgo de hipoglucemia (sulfonilureas y repaglinida) y/o sin beneficio vascular
  - Ajuste del tratamiento con insulina adaptado a la situación clínica del paciente
  - Tratamiento de la obesidad

Se recomienda registrar, si procede, el diagnóstico de DM, desnutrición y/o disfagia en el informe de alta de Neurología

### TRAS ALTA HOSPITALARIA

En pacientes con tratamiento con **insulina previo a hospitalización**

En los que se hayan hecho cambios en su pauta de tratamiento que puedan afectar a las necesidades de insulina

En pacientes que hayan **iniciado tratamiento con insulina durante la hospitalización**

Que puedan requerir ajustes de dosis tras el alta

En pacientes con **comorbilidades establecidas, fragilidad y/o elevado riesgo de hipoglucemias**

## RECOMENDACIONES DURANTE EL SEGUIMIENTO TRAS LA HOSPITALIZACIÓN (FASE II)

### RECOMENDACIONES EN PACIENTES SIN SEGUIMIENTO EN ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

#### REGISTRAR

El diagnóstico de DM conocida previamente o diagnosticada durante la hospitalización

Talla, peso e IMC

#### MANTENER BÚSQUEDA ACTIVA

De DM en pacientes sin diagnóstico previo

Determinar HbA1c, si no existe determinación en los 3 meses previos

Revisar los resultados del control glucémico determinados por HbA1c

En los pacientes con desnutrición, sarcopenia o disfagia añadir:  
- Reevaluación de la disfagia (historia clínica, EAT-10)  
- Recuperación, estabilización o pérdida de peso  
- Mantenimiento del soporte nutricional (dieta oral o nutrición enteral)

#### EVALUAR

El cumplimiento de pautas de dieta y actividad física recomendadas al alta

El riesgo de hipoglucemia, considerando:

- Episodios previos de hipoglucemia grave o inadvertidas
- Tratamiento con insulina, sulfonilurea, repaglinida
- Dificultades para mantener una ingesta adecuada (si se asocia alguno de los fármacos previos)
- Deterioro de la función renal con TFGe < 30 mL/min/m<sup>2</sup>
- Paciente con sospecha de fragilidad

#### VALORAR

La prescripción de fármacos con posible beneficio sobre enfermedad cerebrovascular.

La deprescripción de fármacos con balance beneficio-riesgo negativo.

### ¿CUÁNDO REALIZAR LA DERIVACIÓN A CONSULTAS EXTERNAS DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN?

01 Pacientes con **inadecuado control glucémico** en tratamiento con  $\geq$  3 fármacos diferentes a insulina

04 **Dificultades administrativas** para prescripción, intolerancia, contraindicación o **efectos secundarios importantes** con fármacos con perfil vascular beneficioso

07 Pacientes que precisen **soporte nutricional con nutrición enteral** por sonda nasogástrica o por gastrostomía.

02 Pacientes con **hipoglucemias** con insulina o sulfonilurea/repaglinida

05 Pacientes con **comorbilidades relevantes** u obesidad

SEEN  
Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición

03 TFGe estimado < 30 ml/min

06 Pacientes con **desnutrición, sarcopenia o disfagia**

SEN  
Sociedad Española de Neurología