

# DOCUMENTO DE TRANSICIÓN AL ALTA HOSPITALARIA DE LAS PERSONAS CON DIABETES

**Manuel Botana<sup>1</sup>, Judith López-Fernández<sup>1</sup>, Juan Francisco Merino-Torres<sup>1</sup>, Virginia Bellido<sup>1</sup>, Ana Zugasti<sup>2</sup>, M<sup>a</sup> Paz Pérez<sup>3</sup>, Carlos Miranda<sup>4</sup>, Fernando Álvarez-Guisasola<sup>5</sup>.**

1.- Área de Diabetes de la SEEN. 2.- Área de Nutrición de la SEEN. 3.- GTDM-SEMERGEN.  
4.- GTDM-SEMG. 5.- GTDM-SEMFYC.

**SEEN**

Sociedad Española de  
Endocrinología y Nutrición



**diabeteSEEN**





## A QUIÉN VA DIRIGIDO:

Este documento es una guía práctica para profesionales de la salud con recomendaciones para el correcto manejo de las personas con diabetes (DM) durante el período de **transición entre la hospitalización y el seguimiento de forma ambulatoria**. Quiere facilitar la continuidad asistencial al alta hospitalaria **de las personas que están hospitalizadas y que presentan DM como comorbilidad\***. Va dirigida tanto a los profesionales que realizan el alta del paciente, como a los que los evalúan después del alta.

**EL ALTA HOSPITALARIA DE UNA PERSONA CON DM SE DEBE ESTRUCTURAR Y PLANIFICAR CON AL MENOS 48 H DE ANTELACIÓN (NUNCA MENOS DE 24H)**. El régimen terapéutico al alta debe adaptarse tanto a la situación clínica como a las comorbilidades con el objetivo de plantear un TRATAMIENTO CENTRADO EN EL PACIENTE, **por lo que va a DEPENDER DE:**

- ▶ La presencia de **INGESTAS ADECUADAS**
- ▶ El grado de control metabólico previo (**HbA1c al INGRESO**)
- ▶ La presencia de **INSULINA en el TRATAMIENTO**
- ▶ El **RIESGO de HIPOGLUCEMIAS**
- ▶ La necesidad de **AUTOMONITORIZACIÓN DE GLUCOSA**
- ▶ La **CAPACIDAD de AUTOGESTIÓN de la DM/ NIVEL de EDUCACIÓN TERAPÉUTICA (ETD)** del paciente o su cuidador.
- ▶ Presencia de **OTROS TRATAMIENTOS ASOCIADOS AL ALTA (SOBRE TODO GLUCOCORTICOIDES)**
- ▶ La **EXISTENCIA DE COMORBILIDADES y COMPLICACIONES** de la DM

Además, la duración o la complejidad de la hospitalización, la edad o la fragilidad, y las preferencias de la persona con DM matizarán el tratamiento final.

Se debe garantizar tanto la continuidad de asistencia de la DM como la accesibilidad del paciente a sus equipos sanitarios. En cada Área de Salud los protocolos deben especificar la cadencia de visitas para valorar la titulación de fármacos y el equipo sanitario que debe realizar la primera consulta después del alta.

**\*Este documento es de aplicación para personas con DM tipo 2 (DM2) que son dados de alta desde las plantas de hospitalización (no críticos) con ingestas orales y con capacidad de autogestión (ellos o sus cuidadores) para la administración de fármacos y la monitorización de glucosa capilar.**

**\*Este documento no es aplicable a los siguientes grupos de personas con DM:** alta de unidades de agudos/subagudos o desde urgencias; personas con DM que ingresan por una descompensación hiperglucémica o hipoglucémica; personas con DM tipo 1 (DM1); personas portadoras de tecnología aplicada a la DM (bombas de insulina, sistemas de monitorización continua de glucosa (MCG)); personas con déficit severo de ingestas; personas con desnutrición asociada a la enfermedad (DRE), con disfagia o receptores de Nutrición Artificial (NA); personas con ingresos largos y complejos. Para todas estas situaciones se debe consultar el protocolo de cada Centro y valorar la consulta al equipo de Endocrinología y Nutrición (EyN) durante el ingreso.

## ABREVIATURAS

**AR-GLP1:** Agonistas del receptor de GLP1

**CV:** Cardiovascular

**DM:** Diabetes Mellitus

**DM1:** Diabetes Mellitus tipo 1

**DM2:** Diabetes Mellitus tipo 2

**DRE:** Desnutrición Relacionada con la Enfermedad

**EyN:** Equipo de Endocrinología y Nutrición del Centro o del Hospital de referencia

**ERC:** Enfermedad Renal Crónica

**ETD:** Educación Terapéutica en Diabetes

**GC:** Glucocorticoides

**IC:** Insuficiencia Cardíaca

**iDPP4:** Inhibidor de la enzima DPP4

**IMC:** Índice de Masa Corporal

**iSGLT2:** Inhibidor del co-transportador de Na - Glucosa

**MG:** Automonitorización de Glucemia capilar

**MCG:** Monitorización Continua de Glucosa

**MEV:** Medidas de Estilo de Vida

**NA:** Nutrición Artificial

**PA:** Peso Actual

**PH:** Peso Habitual



## REGISTRAR

- **PESO ACTUAL:** \_\_\_\_ Kg • **Peso habitual:** \_\_\_\_ Kg • **% Pérdida de peso**  $[(PH-PA) \times 100 / PH]$  \_\_\_\_ % • **Talla** \_\_\_\_ m • **IMC** \_\_\_\_ Kg/m<sup>2</sup>
- **INGESTA / DIETA** \_\_\_\_\_ (Ingesta adecuada, tipo de dieta, disfagia, necesidad de NA)
- **RIESGO DE DRE** (valoración según protocolo del Centro. Valorar consultar a EyN en caso de riesgo. Valorar de nuevo semanalmente y en el momento del alta):
  - Cribado Nutricional |
  - Pérdida significativa de peso |
  - Gran estrés catabólico |
  - Períodos prolongados o repetidos de ayuno |
  - Grupo de riesgo (cáncer, fragilidad, cirugía digestiva) |
- **RIESGO DE SARCOPENIA** (perímetro de pantorrilla, dinamometría, SARC-F):
  - Sí (valorar consultar a EyN – hacer constar diagnóstico en informe de alta)
  - No (valorar de nuevo semanalmente y en el momento del alta)



## EVALUAR

- **HbA1c al INGRESO SIEMPRE (salvo que exista una en los 3 meses previos)**  
**NIVEL DE RECOMENDACIÓN A<sup>1</sup>:** Nos va a indicar si el control glucémico era el adecuado previamente a su ingreso (no siempre se recurre a insulinización; podría intensificarse el tratamiento antidiabético no insulínico preingreso).



## INSULINA

- Revisar INSULINA ANTES DEL INGRESO: tipo de insulina, dosis de insulina y número de veces que se administra.
- Revisar dosis de INSULINA QUE NECESITA DURANTE EL INGRESO.
- Valorar consultar al equipo de EyN si durante el ingreso necesita varias dosis de insulina / alta dosis de insulina.
- Revisar si lleva MG y si la necesitará al alta.

**Consultar durante el ingreso los protocolos de cada centro y contactar a EyN en situaciones especiales o si se cree indicado. En general, durante el ingreso:**

- Se deben retirar todos los fármacos antidiabéticos no insulínicos.
- La medicación a utilizar en el hospital (siempre que sea necesario) para lograr objetivos de control glucémico en este entorno (reducción de morbi-mortalidad) es la insulina.
- Otros fármacos no insulínicos pueden ser valorados en situaciones especiales. El empleo de FÁRMACOS CARDIO-RENO PROTECTORES durante la HOSPITALIZACIÓN y al ALTA en personas con DM, debería ser supervisado y monitorizado por los equipos de E y N (cara al alta preferentemente en el marco de Unidades ENDOCARE para optimizar el control glucémico y minimizar hipoglucemias (para más info. pincha [aquí](#))
- Los objetivos generales de control durante la hospitalización de pacientes no críticos son 140-180 mg/dl  
En pacientes con bajo riesgo de hipoglucemia se puede individualizar el objetivo a 110-140 mg/dl.
- Se debe iniciar insulina subcutánea\*\* cuando la glucemia sea > 180 mg/dl.  
\*\*salvo que la situación clínica exija otra vía
- Para hospitalizados (no críticos) con buena ingesta oral, la MEJOR PAUTA es con INSULINA BASAL + BOLOS de CORRECCIÓN con INSULINA RÁPIDA antes de las ingestas.
- Para hospitalizados (no críticos) y mala ingesta oral (no se incluyen pacientes con nutrición artificial o pacientes con esteroides), la mejor pauta es insulina basal o basal + bolo corrector.
- El uso de una escala móvil de insulina (sin un aporte de insulina basal): está desaconsejado.



**RIESGO DE HIPOGLUCEMIAS: analizar al ingreso, durante el ingreso y verificar si persiste al alta.**



**MONITORIZACIÓN en el INGRESO.**

- En general, hacer controles de glucemia capilar antes de las comidas principales y evaluar diariamente.
- Si el paciente está en ayunas o con NA hacer cada 6-8 horas.
- Consultar los protocolos del Centro y/o valorar contactar con EyN.














**ETD y AUTOGESTIÓN de la DM PREVIA AL INGRESO.**

- Las necesidades de ETD pueden variar según: las cifras de HbA1c, los fármacos que lleve al alta, el riesgo de hipoglucemia, la capacidad/necesidad de MGC y la ingesta.
- En la página 5 de este documento, se resumen las necesidades mínimas de ETD al alta.

**REGISTRAR** (CONSULTAR LOS PROTOCOLOS DEL CENTRO O VALORACIÓN POR EYN CON LA SUFICIENTE ANTELACIÓN)

- **PESO ACTUAL:** \_\_\_ Kg • **Peso habitual:** \_\_\_ Kg • **% Pérdida de peso [(PH-PA)x100/PH]** \_\_\_ % • **Talla** \_\_\_ m • **IMC** \_\_\_ Kg/m<sup>2</sup>  
**EL PESO al ALTA es ESENCIAL PARA:**  
Calcular la dosis de insulina. Saber si hay pérdida de peso involuntaria y DRE. Saber si hay obesidad y elegir fármaco.
- **INGESTA/DIETA:** (ES ESENCIAL VERIFICAR SI LA INGESTA ES ADECUADA, EL TIPO DE DIETA QUE SE PRESCRIBE, SI HAY O NO DISFAGIA o NECESIDAD DE NUTRICIÓN ARTIFICIAL).
  - **PRESCRIBIR DIETA ORAL.** Salvo que haya contraindicación y según código de dietas de tu Centro. Al alta se debe explicar y entregar el plan dietético.
  - **VALORAR SI INGESTA INADECUADA.** Según protocolo del Centro.
    - <75% de la dieta prescrita durante 3 días, si DRE o riesgo moderado
    - <50% de la dieta prescrita durante 3 días, si riesgo bajo de DRE o no DRE
  - **VALORAR SI DISFAGIA.** (EAT-10, MECV-V) o según protocolo del Centro.
  - **VALORAR SI REQUIERE NA.** Según protocolo del Centro.
- **RIESGO DE DRE.** Según protocolo del Centro. (Ver pág. 2)

**VALORAR, REVISAR Y MARCAR SI SE HA REALIZADO TODO ESTO:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/>  <b>CAPACIDAD de INGESTA</b> (ver apartado registrar) | <input type="checkbox"/>  <b>MONITORIZACIÓN de GLUCEMIA</b>                               |
| <input type="checkbox"/>  <b>HbA1c</b>   | <input type="checkbox"/>  <b>EDUCACIÓN TERAPEUTICA y AUTOGESTIÓN</b>                      |
| <input type="checkbox"/>  <b>INSULINA</b>                                      | <input type="checkbox"/>  <b>MEDICACIÓN CONCOMITANTE al ALTA</b> (sobre todo CORTICOIDES) |
| <input type="checkbox"/>  <b>RIESGO de HIPOGLUCEMIAS</b>                     | <input type="checkbox"/>  <b>CO-MORBILIDADES y COMPLICACIONES DE LA DM</b>              |
- 
-  **HbA1c, PEDIRLA SIEMPRE al INGRESO (salvo que exista una en los 3 meses previos)**  
**NIVEL DE RECOMENDACIÓN A<sup>1</sup>:** Nos va a indicar si precisa insulina al alta y si la persona tenía DM o no antes del ingreso.<sup>1-3</sup>
-  **Necesidad de INSULINA al ALTA. Decidir de acuerdo con:**
- Valor de HbA1c <sup>1,3</sup> (ver algoritmo página 6)
  - Necesidades de insulina durante la hospitalización (últimas 24-48h). Si ha necesitado más de 0.3 UI/kg/día en las últimas 24-48 h (por ejemplo, para un adulto de 80 Kg, 24 UI diarias de insulina): es probable que precise insulina<sup>1</sup>.
  - SI EXISTEN GLUCOCORTICOIDES EN EL TRATAMIENTO AL ALTA<sup>1</sup>.
-  **RIESGO de HIPOGLUCEMIA**
- **¿HAY RIESGO DE HIPOGLUCEMIA\*?**
    - SÍ: imprescindible minimizar el riesgo de hipoglucemias:**  
Usar fármacos con bajo riesgo de hipoglucemias siempre que sea posible.  
Hacer ETD para:
      - Asegurar la ingesta correcta (ETD)
      - Monitorizar la glucemia (ETD)
      - Prevenir, identificar y tratar las hipoglucemias (ETD)
    - NO: Confirmar que el paciente no necesita insulina. Valorar las comorbilidades y fragilidad para elegir el fármaco.** <sup>1-5</sup>

**\*EXISTE RIESGO DE HIPOGLUCEMIA SIEMPRE QUE HAYA** <sup>1,3,4</sup>:

- Tratamiento con: insulina, sulfonilureas o repaglinida.
- Ingesta escasa (si se asocia a alguno de los fármacos anteriores)
- Existencia de hipoglucemias previas: sobre todo si son repetidas, recientes o graves.
- Insuficiencia renal.
- Eventos CV previos y otras complicaciones de la DM.
- Paciente frágil.

**PRIORIZAR, SI LA CONDICIÓN CLÍNICA LO PERMITE, FÁRMACOS CON BAJO RIESGO DE HIPOGLUCEMIA.**

Los iSGLT2, AR-GLP1, iDPP4 y pioglitazona no inducen hipoglucemia pero, si se introducen y el paciente lleva otros fármacos que sí la puedan producir: reducir la dosis de estos últimos, monitorizar y valorar registros por si se necesitan nuevos ajustes.

	<b>MONITORIZACIÓN de GLUCEMIA al alta</b>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultar necesidades de ETD al alta en la siguiente página.</li> </ul>	
	<b>Asegurar la EDUCACIÓN TERAPEÚTICA en DM (ETD) al alta</b>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultar necesidades de ETD al alta en la siguiente página.</li> </ul>	
	<b>Valorar CO-MORBILIDADES / COMPLICACIONES que puedan condicionar el tratamiento de la DM al alta</b>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar hipoglucemia siempre que sea posible.</li> </ul> <p><a href="#">🔗 PINCHA AQUÍ</a>, para consultar el DOCUMENTO DE ABORDAJE INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DM2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Considera consultar con tu equipo de EyN con la suficiente antelación antes del alta.</li> </ul>	
	<b>Cardiovascular</b> ¿Hay insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica o riesgo de alguna? _____ → Sí	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar, salvo contraindicación, AR-GLP1 o iSGLT2 con beneficio probado.</li> <li>• Si inicio de fármacos con protección cardiorrenal:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajustar si es preciso las dosis de otros fármacos antidiabéticos para evitar hipoglucemias.</li> <li>• Monitorizar glucemias.</li> <li>• Valorar necesidad de nuevos ajustes.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Recordar:</i> si FGe &lt;45ml/min los iSGLT2 mantienen su capacidad de protección cardiorrenal, pero reducen su capacidad antihiper glucemiante. En este caso, valorar la necesidad de añadir más fármacos para el control glucémico o titular la dosis de los que ya están presentes <sup>1</sup> (monitorizar glucemia y valorar los controles de glucemia).</p>	
	<b>Enfermedad Renal</b> ¿Hay reducción del filtrado glomerular? _____ → Sí	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por debajo de determinados FG hay fármacos contraindicados o que precisan ajuste de dosis.</li> <li>• Si albuminuria o deterioro del FG: iniciar, salvo contraindicación, uso de iSGLT2 con beneficio renal probado y otros fármacos renoprotectores.</li> </ul>	
	<b>Retinopatía diabética</b> ¿Hay disminución de la agudeza visual? _____ → Sí	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar que el déficit visual no interfiere con la correcta administración de la medicación (sobre todo si hay inyectables)</li> </ul>	
	<b>Neuropatía</b> ¿Hay disminución de la sensibilidad, menor percepción de hipoglucemias? _____ → Sí	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una razón más para priorizar el uso de fármacos que no induzcan hipoglucemia.</li> <li>• Valorar si tiene indicación para la finalización de un monitor continuo de glucosa (consulta si es preciso, con la suficiente antelación, a tu equipo de EyN).</li> </ul>	
	<b>Gastroparesia</b> Se asocia a peor tolerancia dieta oral y nutrición artificial. _____ → Sí	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la ingesta, si necesita NA contactar con equipo de EyN de tu centro. Este protocolo no ha sido diseñado para personas en NA.</li> </ul>	
	<b>Anciano - frágil</b> _____ → Sí	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetivos de control metabólico menos exigentes<sup>1,2</sup>.</li> <li>• Aplicar índices de Fragilidad y valorar el uso de iDPP4 en pacientes frágiles (bajo riesgo de hipoglucemias y de efectos adversos)<sup>1,5</sup>. <a href="#">🔗</a></li> </ul>	
	<b>Obesidad</b> _____ → Sí	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Priorizar uso de AR-GLP1.</li> <li>• En anciano/ frágil obeso: descartar sarcopenia.</li> </ul>	
	<b>Sarcopenia</b> Se asocia a peor control glucémico. _____ → Sí	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la ingesta y reparto adecuado de proteínas y pauta de ejercicio.</li> </ul>	



## EDUCACIÓN TERAPEÚTICA EN DM (ETD) ▶ ORIENTADA A INSTRUIR EN:

- **ASEGURAR LA INGESTA** (ES ESENCIAL VERIFICAR SI LA INGESTA ES ADECUADA, EL TIPO DE DIETA QUE SE PRESCRIBE, SI HAY O NO DISFAGIA o NECESIDAD DE NUTRICIÓN ARTIFICIAL).
  - **VALORAR SI INGESTA INADECUADA.** Según protocolo del Centro.
    - <75% de la dieta prescrita durante 3 días, si DRE o riesgo moderado
    - <50% de la dieta prescrita durante 3 días, si riesgo bajo de DRE o no DRE
  - **VALORAR SI DISFAGIA.** (EAT-10, MECV-V) o según protocolo del Centro.
  - **VALORAR SI REQUIERE NA.** Según protocolo del Centro.
- \***RECUERDEN que los pacientes con disfagia o NA no son subsidiarios a priori de este protocolo tal y como se indica en la página 2 de este protocolo.**
  - **EVITAR USOS DE FÁRMACOS** que produzcan hipoglucemia.
- **INSTRUIR EN:**
  - ▶ Medidas dietéticas en general. |
  - ▶ Medidas dietéticas y posturales en caso de disfagia. |
  - ▶ Manejo y cuidados de la NA (oral / enteral / parenteral) si existiera. |
  - ▶ Plan ejercicio físico según condición clínica. |
- **INSTRUIR EN LA DIETA ORAL PRESCRITA.** Para la instrucción en contaje de raciones de hidratos de carbono, ratios, índice glucémico. Consultar protocolo del Centro o a EyN.
- **ADMINISTRACIÓN DE INSULINA (Y OTROS FÁRMACOS INYECTABLES SI LOS HUBIERA).** Para pacientes en tratamiento con múltiples dosis de insulina o administración a través de bombas subcutáneas. Consultar protocolo del Centro o a EyN.
- **MONITORIZACIÓN DE GLUCEMIA.** Imprescindible si tratamiento con insulina o alto riesgo de hipoglucemias. Facilitar glucómetro, prescribir tiras, indicar número de controles/día a realizar.
- **CAPACIDAD DE PREVENIR, IDENTIFICAR Y TRATAR LA HIPOGLUCEMIA.**



### Monitorizar la glucemia al alta siempre en estas circunstancias:

- ▶ Tratamiento con insulina al alta. |
- ▶ Alto riesgo para hipoglucemias. |
- ▶ Dosis altas de insulina durante el ingreso (hasta las 48-72 h del alta). |
- ▶ Tratamiento con corticoides al alta (o los ha llevado a dosis altas hasta 48-72h antes del alta). |
- ▶ Mal control glucémico antes del ingreso (HbA1c alta; variabilidad; hipoglucemias). |
- ▶ Debut/Diagnóstico de DM durante el ingreso. |

### ¿Necesita el paciente medir su glucemia al alta?

- SI:** Facilitar glucómetro, hacer prescripción (receta) para tiras de glucemia e instruir en su uso. Revisar que tiene glucómetro, que sabe usarlo y hacer la prescripción (receta) para las tiras de glucemia.

### ¿Necesita el paciente administrarse otro fármaco inyectable para el tratamiento de su DM?

- SI:** Instruir en el uso del dispositivo.

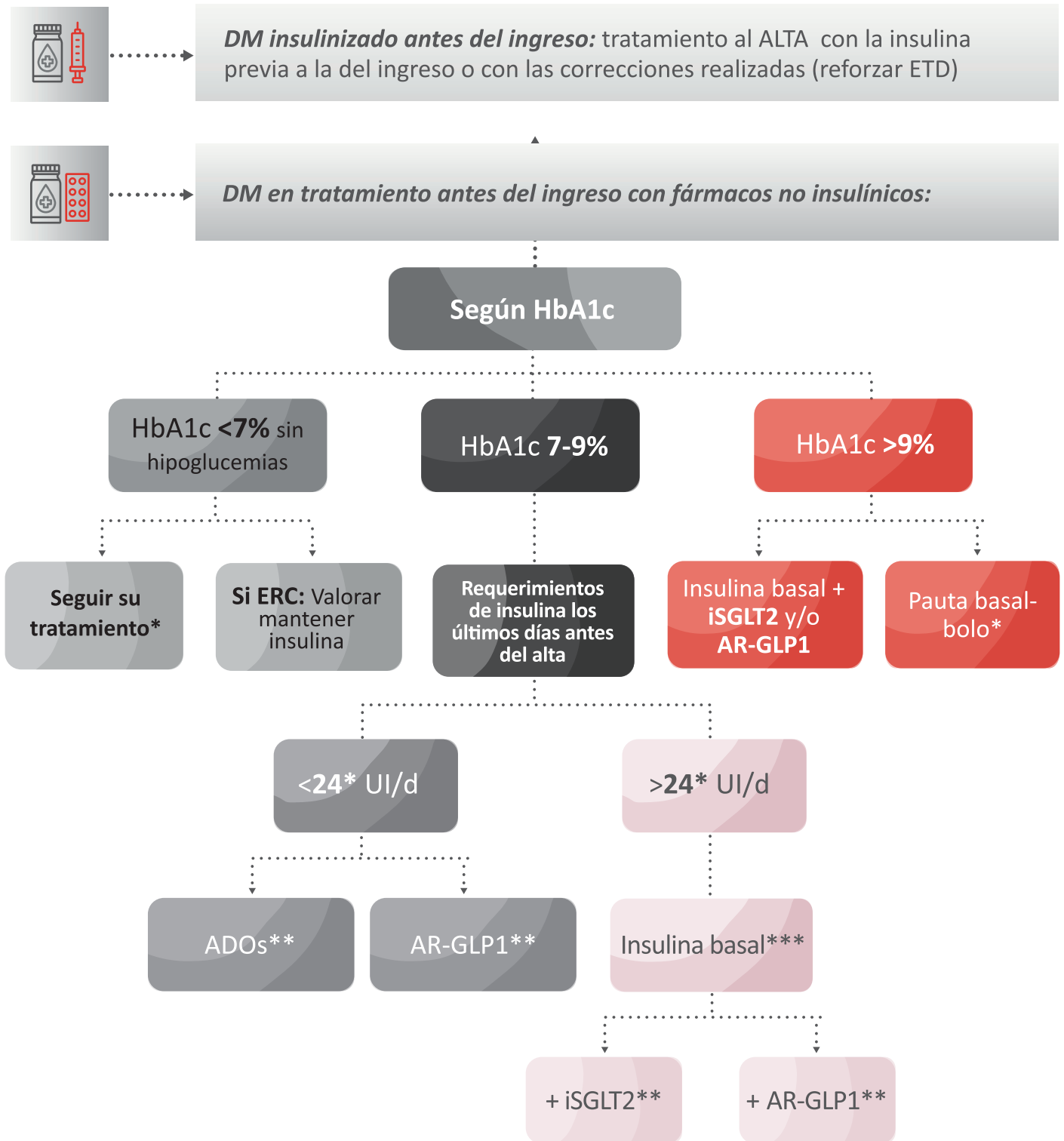


## COVID-19 E HIPERGLUCEMIA

**Asociación no infrecuente:** por DM previa mal controlada, DM no conocida o hiperglucemia de estrés o esteroidea.

### En estos pacientes es muy importante el control glucémico, puesto que mejora su pronóstico:

- ▶ Valorar las necesidades educativas
- ▶ Planificar el alta con antelación.
- ▶ Planificar su tratamiento según su situación metabólica y establecer las necesidades de revisión para titular insulina/fármacos (especialmente si precisa varias dosis de insulina o se va de alta con corticoides).
- ▶ Además es muy importante diagnosticar y tratar de forma precoz la presencia de DRE.



\* 24 U de insulina (aproximadamente 0,3 U/Kg día de para un paciente de 80-88 Kg)

\*\* Valorar la posibilidad de iniciar, cambiar o asociar al tratamiento previo inhibidores de SGLT2 o agonistas del receptor de GLP1.

- La asociación de **iSGLT2** es especialmente recomendable, independientemente del valor de **HbA1c**, cuando ha habido algún episodio de insuficiencia cardíaca o riesgo elevado de desarrollarla, o cuando existe microalbuminuria/ERC.
- La asociación de **AR-GLP1** es especialmente recomendable cuando el paciente tiene enfermedad cardiovascular arteriosclerótica conocida o existe riesgo elevado de desarrollarla y si hay obesidad concomitante.
- Los **AR-GLP1** en España solo están financiados cuando el IMC es mayor de 30.
- Los **iSGLT2 / AR-GLP1 / iDPP4** NO INDUCEN HIPOGLUCEMIA, SI LOS AÑADES AL TRATAMIENTO DE LA PERSONA CON DM2 VERIFICA QUE NO LLEVE OTROS FÁRMACOS PARA EL CONTROL DE SU DM QUE SÍ PRODUZCAN HIPOGLUCEMIAS (sulfonilureas, repaglinidas, insulina): puede haber necesidad de reducir la dosis de estos fármacos, monitorizar glucemia capilar y revisar para ajuste final de dosis (como se indica en la página 7).

\*\*\* **Insulina basal:** Los análogos de insulina de 2ª generación son de perfil de acción más plano, tienen menos variabilidad e inducen menos hipoglucemias.

- **Diagnóstico:** \_\_\_\_\_
- **Hemoglobina glicosilada:** \_\_\_\_\_
- **Tratamiento de su diabetes al alta:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- **Dieta prescrita:** \_\_\_\_\_
- **Actividad física:** \_\_\_\_\_ (según tolerancia y en función de la patología)

Si el tratamiento al alta es insulina, especificar pauta e indicar:

- **Educación terapéutica** recibida (contenidos)
- Necesidad de control de **glucemia capilar** (número de determinaciones diarias). Indicar si sería candidato a monitorización continua (en ese caso, si es posible, proporcionar ya el sensor al alta con la ETD correspondiente).
- Pauta de **autoajuste de dosis de insulina** por parte del paciente.
- Acudir a su equipo de atención primaria en caso de:
  - ▶ No poder ingerir alimentos
  - ▶ Tener 2-3 determinaciones de glucemia capilar inferiores a 70 mg/dL
  - ▶ Tener 2-3 determinaciones de glucemia capilar superiores a 350 mg/dL
- Si es previsible que pueda suspenderse la insulina, **especificar pauta de desescalada** y de transición a fármacos no insulínicos (si es posible, proponer tratamiento con éstos)\*
- Teléfono de **contacto** con su especialista del hospital, número: \_\_\_\_\_

\*Determinados fármacos requieren ajuste progresivo de dosis en semanas subsiguientes (metformina, agonistas de GLP-1)

#### Objetivos del tratamiento:

- ▶ HbA1c \_\_\_\_\_ % (sin hipoglucemias)
- ▶ Pérdida de peso de \_\_\_\_\_
- ▶ Tensión Arterial de \_\_\_\_\_
- ▶ Colesterol LDL de \_\_\_\_\_

#### Seguimiento terapéutico:

A cargo de (establecer lo que corresponda):

- Su médico de Atención Primaria, en el plazo de \_\_\_\_\_ \*
- Su Endocrinólogo, el día \_\_\_\_\_ en la consulta \_\_\_\_\_
- Compartido entre el Especialista del Hospital y el Especialista Extrahospitalario (indicar protocolo o procedimiento al alta).

#### **\*Plazos recomendables de revaloración terapéutica:**

**Insulina basal:** máximo 1-2 semanas.

**Tratamiento con corticoides:** máximo 1 semana.

**Múltiples dosis de insulina:** máximo 1 semana.



- Facilitar una vía de contacto telemática preferente de seguimiento de los pacientes dados de alta del hospital, al menos durante un periodo correcto.



- La comunicación telemática con Endocrinología es indispensable y debe ser inmediata tanto para consultas de las altas hospitalarias como para seguimiento o derivación.



- Es imprescindible el acceso bidireccional, operativo e inmediato.



- Se elaborarán vías clínicas para el manejo de estos pacientes, especialmente en cada una de las situaciones especiales que se relacionan más adelante.\*



- Facilitar acceso a la educación terapéutica por educadoras especializadas.



- Facilitar acceso a profesionales especializados: dietista-nutricionista, podólogo, psicólogo, profesionales de actividad física y deporte.



- Información completa y compartida sobre la educación terapéutica que recibe el paciente.



- Dotación adecuada de agujas, tiras reactivas y lancetas ya en el momento del alta.



- Continuidad asistencial inmediata con Endocrinología y Nutrición.



#### \*ELABORAR PROTOCOLOS ESPECÍFICOS PARA SITUACIONES ESPECIALES

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| ▶ Diabetes de reciente diagnóstico. | ▶ Tratamiento con corticoides al alta. |
| ▶ Pacientes oncológicos.            | ▶ Nutrición artificial.                |
| ▶ Pacientes trasplantados           | ▶ Diabetes y DRE.                      |
| ▶ Situaciones terminales.           | ▶ Sarcopenia.                          |



### Enlaces de interés:

- [Documento de la SEEN de abordaje integral de la DM2](#) y [novedades del tratamiento farmacológico en las recomendaciones de la ADA-EASD](#).
- [Documento de posicionamiento de la SEEN de evaluación](#) y [manejo de la hipoglucemia en el paciente con DM](#).
- [Foro de Nutrición de la SEEN, NutryEndo el corazón](#) (noviembre 2020).
- [Consideraciones endocrino-nutricionales para paciente evaluado en una Unidad de Rehabilitación Cardíaca. Documento SEEN-SEC \(Riesgo Cardiovascular\)](#).
- [Nutrición en la página web de la SEEN](#) y [Guías de Nutrición clínica](#), [desafíos nutricionales](#), [herramientas](#) y [recomendaciones dietéticas](#).
- [Protocolo de Teleconsulta SEEN para personas con DM tipo2](#).
- [Aula Virtual Diabetes SEEN. Controlando la Diabetes para controlar el corazón](#).

### BIBLIOGRAFÍA DE INTERÉS

1. Diabetes Care 1 January 2022; 45 (Supplement\_1): S244–S253. [doi.org/10.2337/dc22-S016S0C](https://doi.org/10.2337/dc22-S016S0C) ADA 2022
2. Diabetes Care 2022;45(Suppl. 1):S195–S207 [doi.org/10.2337/dc22-S013](https://doi.org/10.2337/dc22-S013)
3. Diabetes Care 2022;45(Suppl. 1):S125-143. [doi.org/10.2337/dc22-S009](https://doi.org/10.2337/dc22-S009)
4. Rev Clin Esp. 2018;218(2):74-88 [doi: 10.1016/j.rce.2017.12.003](https://doi.org/10.1016/j.rce.2017.12.003)
5. Lancet Diabetes Endocrinol. 2021 Mar;9(3):174-188. [doi: 10.1016/S2213-8587\(20\)30381-8](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30381-8)
6. Endocrinología, Diabetes y Nutrición, 66(7), 443-458.
7. Endocrinología, Diabetes y Nutrición, 68(4), 270-276.