

# Check-List de los pacientes con DM2 previo al alta de Medicina Interna

## Tratamiento previo al ingreso



**Fármacos hipoglucemiantes.**



**¿Ha habido algún cambio de tratamiento < 30 días?**

## Control metabólico



**Determinación de HbA1c (si no tiene una <3 meses).**



**Plantear el objetivo de HbA1c del paciente.**

## Identificar al paciente con baja reserva de insulina



**Insulina previa al ingreso.**



**Identificar al paciente con baja reserva de insulina:**

IMC bajo - Insuficiencia pancreática  
Variabilidad glucémica - Péptido C < 0,5 ng/ml  
Diabetes > 10 años de evolución



**Tratamiento al alta con glucocorticoides (Insulinización transitoria en pauta descendente).**

## Situación clínica al alta



**Alto RCV y/o ECV establecida.**



**Insuficiencia cardiaca o riesgo de desarrollarla.**



**Enfermedad renal diabética.**



**Sobrepeso / Obesidad.**



**Edad avanzada con fragilidad y/o dependencia (evitar la hipoglucemia y prevenir la hiperglucemia).**

## No olvides



**REVISAR el tratamiento antihipertensivo, hipolipemiante y antiagregante de tu paciente.**

**Desescalar y/o desprescribir la medicación antidiabética en pacientes sobretratados.**

## En objetivo



Adecuar el tratamiento a la situación clínica buscando beneficios CV, renales, IC y peso (minimizar el riesgo de hipoglucemias)

## HbA1c

0%



**<1% del Objetivo**

Añadir un fármaco al tratamiento previo



\* Si IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>

1%



**1-2% del Objetivo**

Añadir 2 fármacos al tratamiento previo.



\* Si IMC  $\geq$  30 g/m<sup>2</sup>

2%



**>2% del Objetivo**

Glucemia  $\geq$  180 mg/dl

Añadir dos fármacos valorando la necesidad de Insulina Basal (I Basal) y análogos de Insulina Rápida (I Rápida) (50% dosis hospitalaria)

\* Si IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>

\* Valorar arGLP1



### DM2 de debut: iSGLT2 y/o arGLP1<sup>2</sup>/iDPP4 y/o I Basal transitoria<sup>3</sup>

## Situaciones clínicas

<p><b>ALTO RCV</b> <b>iSGLT2</b> <b>arGLP1<sup>2</sup></b> I Basal / I Basal Plus transitoria o definitiva</p> <p><b>ECV</b> <b>arGLP1<sup>2</sup> y/o</b> <b>iSGLT2</b> iDPP4 I Basal / I Basal plus</p> <p><b>IC</b> <b>iSGLT2</b> <b>arGLP1<sup>2</sup></b> iDPP4 I Basal / I Basal plus</p> <p><b>a</b></p>	<p><b>ERD reagudizada</b> <b>ADOs:</b> ajustar dosis y retirar los contraindicados <b>I Basal transitoria /</b> <b>I Basal Plus</b> (ajustar dosis)</p> <p><b>ERD</b> Según el estadio, algoritmo SEMI <b>iSGLT2</b> arGLP1 iDPP4 I Basal</p> <p><b>b</b></p>	<p><b>Fragilidad/Sarcopenia tras ingreso</b> <b>iDPP4</b> I Basal</p> <p><b>Paciente frágil</b> Algoritmo SEMI</p> <p><b>c</b></p>	<p><b>Glucocorticoides</b> <b>Dosis bajas prednisona, metilprednisolona</b> <b>I Basal</b> (desayuno) <b>I Basal + plus</b> (0,1- 0,4 UI/kg/d) Valorar intensificar ADOs</p> <p><b>Dexametasona, altas dosis prednisona o metilprednisolona</b> <b>Terapia Bolo-Basal</b> (0,2-0,6 UI/kg/d) + análogos de insulina rápida</p> <p><b>d</b></p>	<p><b>Dieta oral incompleta/escasa</b> <b>iDPP4</b> <b>I Basal</b></p> <p><b>Enteral continua (SNG)</b> <b>I Basal</b></p> <p><b>Enteral en bolos (SNG)</b> <b>I Basal y/o análogos de insulina rápida</b></p> <p><b>e</b></p>	<p><b>Situación terminal</b> <b>iDPP4</b> I Basal</p> <p><b>f</b></p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

**ADO:** antidiabético oral; **arGLP-1:** Agonista del receptor de GLP-1; **DM2:** Diabetes mellitus tipo 2; **ECV:** Enfermedad cardiovascular; **ERD:** Enfermedad renal diabética; **I Basal:** insulina basal; **IC:** Insuficiencia cardiaca; **iDPP4:** Inhibidores de DPP4; **IMC:** Índice de Masa Corporal; **iSGLT2:** Inhibidores de SGLT2; **RCV:** riesgo cardiovascular.

1. Contraindicación / intolerancia 2. Si IMC ≥30 valorar arGLP1 3. Si las glucemias basales son >180 mg/dl, valorar insulina como terapia al alta (50% de la dosis hospitalaria de las últimas 24 horas). Si las postprandiales son >180 mg/dl, valorar análogo de insulina rápida (50% de la dosis hospitalaria) iniciándola en almuerzo.

**a**  
Pacientes con ECV o múltiples FRCV priorizar hipoglucemiantes con beneficio demostrado en la reducción de eventos CV (iSGLT2 y/o arGLP1). Algunos iSGLT2 reducen eventos CV en pacientes con ECV establecida. En caso de cardiopatía isquémica, además de iSGLT2, se pueden asociar iDPP4 antes de la insulina en pacientes con IMC <30 Kg/m<sup>2</sup>. En caso de ictus valorar arGLP1 (semaglutida o dulaglutida). Si IMC ≥ 30 Kg/m<sup>2</sup>, se valorará asociar arGLP1 e iSGLT2 por su probable efecto sinérgico. Todos los iSGLT2 han demostrado disminución de las hospitalizaciones por IC. En IC se pueden asociar iDPP4 salvo saxagliptina, antes de insulina. Se priorizarán insulinas con demostrada seguridad CV (glargina y degludec). En la estrategia basal plus utilizar análogos de insulina rápida.

**b**  
Según el filtrado glomerular, ajustar dosis y retirar ADOs contraindicados. Reducir la dosis de Insulina Basal y/o análogos de insulina rápida al 50%. Restablecer dosis habituales al recuperar el filtrado glomerular previo.

**c**  
En pacientes con fragilidad y/o sarcopenia tras el ingreso, priorizar la seguridad sobre el control metabólico estricto. Es prioritario evitar hipoglucemias.

**d**  
Pacientes con prednisona o metilprednisolona a dosis bajas sin insulina previa (prednisona 10 mg ó 0,1 UI/kg) y/o glucemia basal >200 mg/dl, iniciar I basal (NPH o bifásica) antes del desayuno y mantener los ADOS. Podrían añadirse análogos de insulina rápida (dosis de 0,1 UI/kg).  
Pacientes con dexametasona, prednisona o metilprednisolona a dosis altas o multidoses (prednisona >10 mg ó >0,1 UI/kg, glucemias >200 mg/dl) iniciar análogos de I basal prolongada: insulina detemir antes de desayuno y cena o una dosis de glargina o degludec. Valorar análogos de insulina rápida en uno o más bolos (0,1 UI/kg). Pacientes tratados con basal-bolo, aumentar dosis de ambas insulinas al menos un 20-30%. La reducción de insulina será proporcional a la reducción de las dosis de corticoides.

**e**  
En pacientes con anorexia, los objetivos glucémicos deben ser más laxos para evitar hipoglucemias. Los iDPP4 son la terapia más segura. En casos de hiperglucemia sintomática, será necesaria la insulina basal a dosis bajas. Cuando se precisa nutrición enteral, la insulina es de elección. Si nutrición enteral en bolos valorar análogos de insulina rápida.

**f**  
Lo prioritario en el paciente terminal es la confortabilidad y evitar hipoglucemias. La dieta será libre. Solo si la hiperglucemia es sintomática y/o >200 mg/dl se utilizará iDPP4 y en situaciones excepcionales, insulina basal a dosis bajas.