



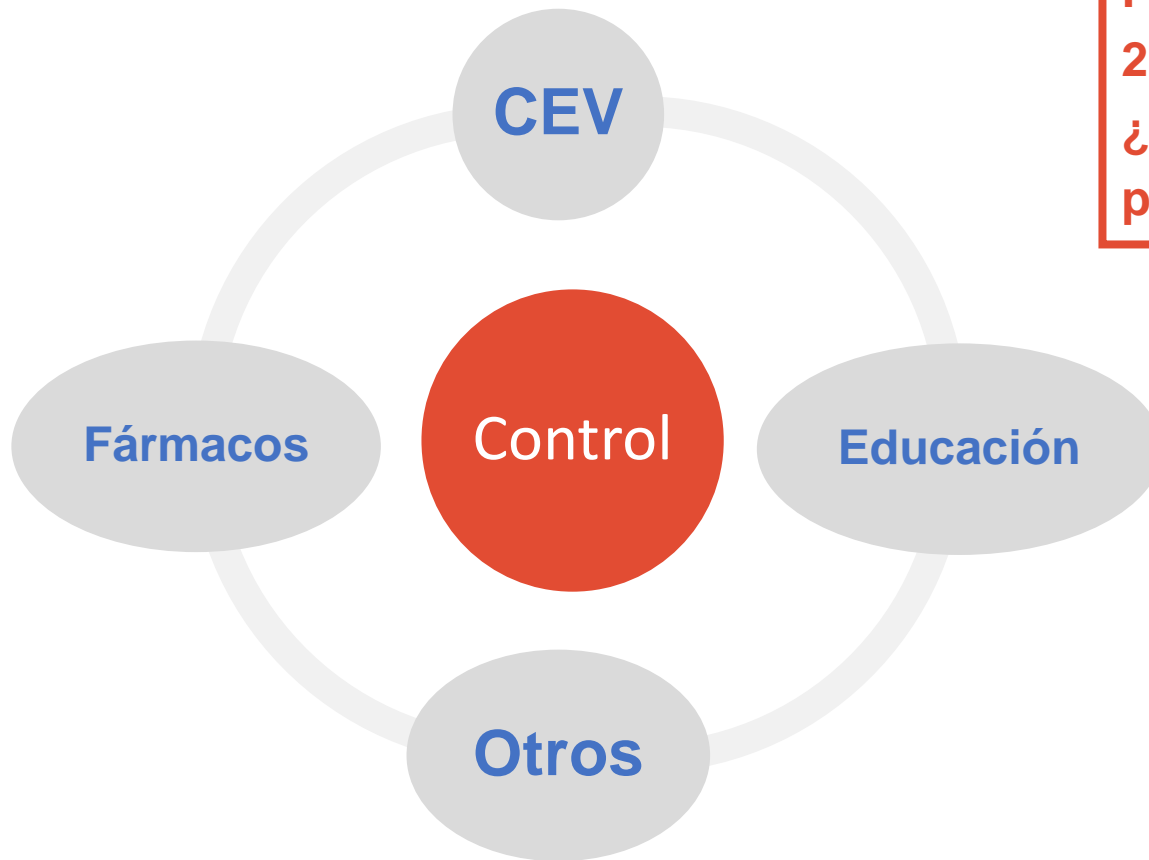
Endo CHALLENGE

Carmen Maciá Bobes
HUSA – Avilés

29 de marzo de 2019



DIABETES



**Pacientes con diabetes tipo 2 en la encrucijada:
¿Qué hacer cuando no se puede hacer nada?**

CEV: Cambios en el Estilo de Vida

LA DIABETES TIPO 2 COMO RETO...

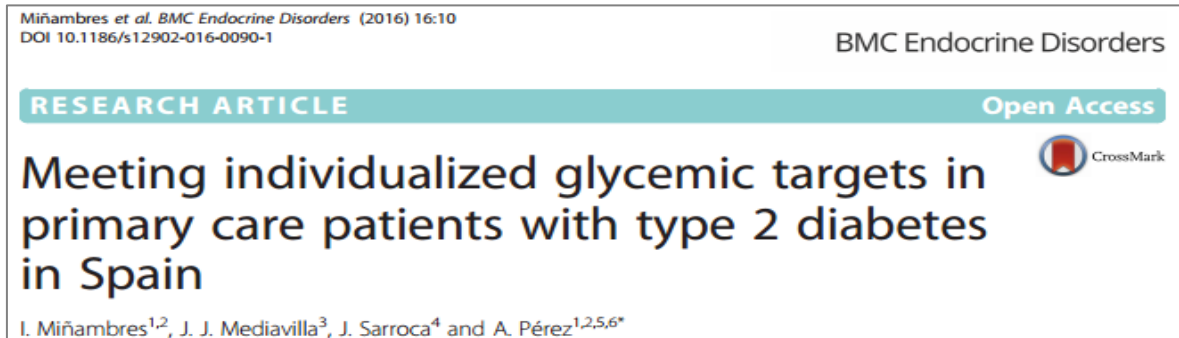
¿DIAGNÓSTICO?

¿PLAN
TERAPÉUTICO?

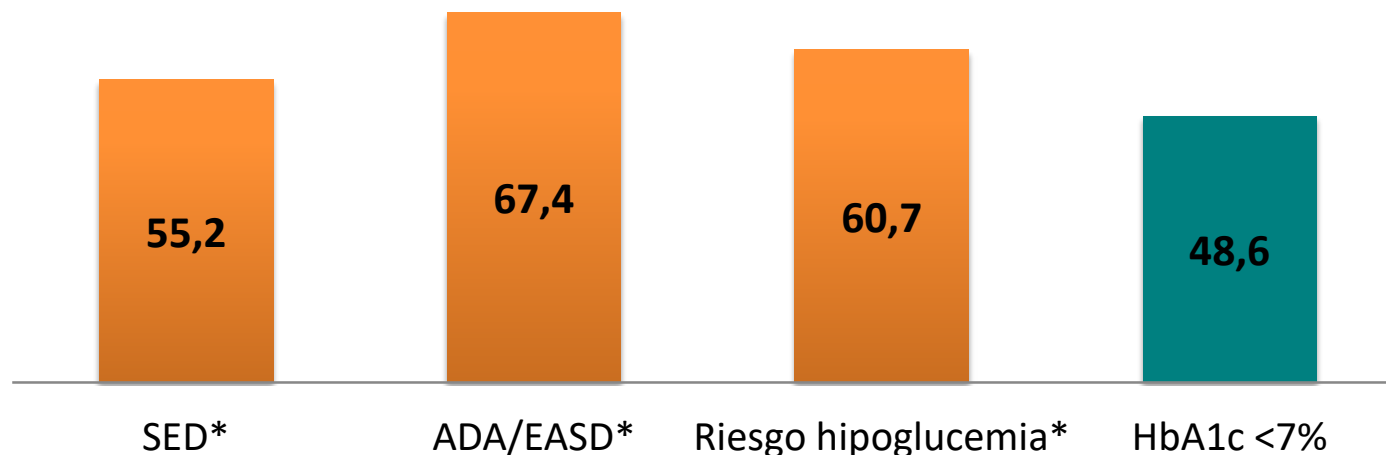
¿SEGUIMIENTO?



EL RETO SON LOS RESULTADOS



Proporción de pacientes (%) que cumplen los objetivos glucémicos



NO SOLO GLUCÉMICOS

	All-cause mortality			CV mortality			Cancer mortality		
	HR	95% CI	P	HR	95% CI	P	HR	95% CI	P
Dysglycemia Categories									
Euglycemia	1			1			1		
Prediabetes	0.99	0.71–1.39	0.95	1.07	0.59–1.94	0.83	0.78	0.43–1.40	0.40
Men	0.89	0.55–1.41	0.61	1.35	0.58–3.15	0.49	0.85	0.41–1.75	0.66
Women	0.96	0.56–1.62	0.87	1.04	0.44–2.50	0.92	0.64	0.23–1.81	0.40
Known T2D	2.02	1.29–3.16	0.002	2.79	1.35–5.75	0.006	1.77	0.78–4.03	0.17
Men	1.76	0.95–3.26	0.130	1.66	0.46–5.95	0.44	2.30	0.85–6.22	0.10
Women	2.56	1.30–5.06	0.007	6.72	2.50–18.07	0.001	1.70	0.36–8	0.50
Unknown T2D	1.51	1.00–2.28	0.050	1.44	0.67–3.08	0.35	1.33	0.65–2.74	0.43
Men	1.59	0.87–2.89	0.130	2.06	0.60–7.04	0.25	1.68	0.69–4.08	0.25
Women	1.15	0.60–2.28	0.580	1.93	0.66–5.63	0.23	0.68	0.17–1.81	0.58
Total T2D	1.71	1.25–2.34	0.001	1.82	1.09–3.03	0.027	1.67	0.96–2.90	0.07
Men	1.76	1.15–2.71	0.010	1.57	0.68–3.65	0.29	2.04	1.03–4.04	0.04
Women	1.62	0.99–2.65	0.055	3.31	1.59–6.89	0.001	1.09	0.38–3.12	0.87

Abbreviations: CV, cardiovascular; HR, hazard ratio; CI, confidence interval; T2D, type 2 diabetes. The statistically significant results are marked in bold.

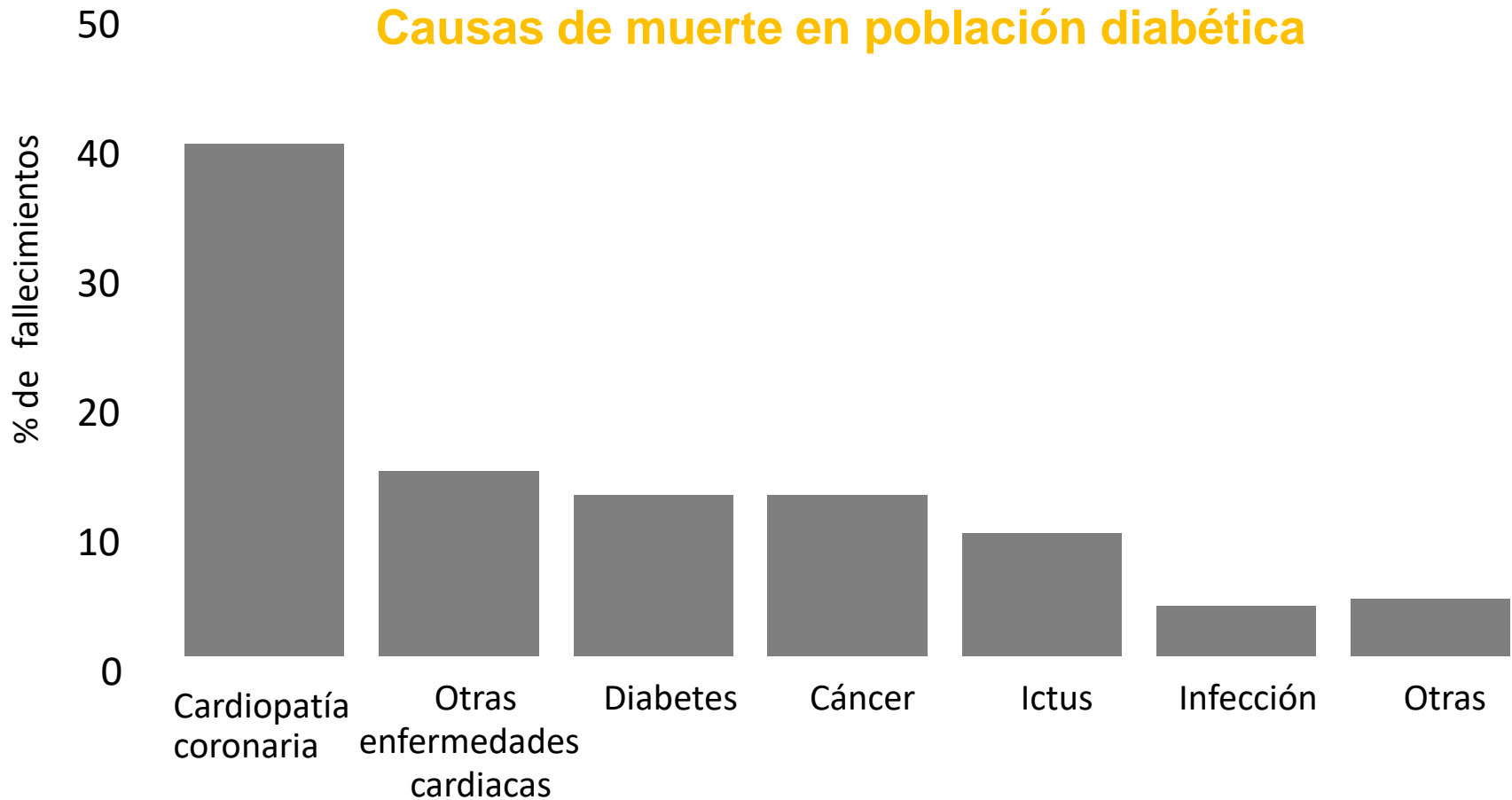
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211070.t003>

Ares J, Valdés S, Botas P, Sánchez-Ragnarsson C, Rodríguez-Rodero S, Morales-Sánchez P, et al. (2019) Mortality risk in adults according to categories of impaired glucose metabolism after 18 years of follow-up in the North of Spain: **The Asturias Study**. PLoS ONE 14(1): e0211070.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211070>

NO SOLO GLUCÉMICOS

Causas de muerte en población diabética





*¡AH, LOS RESULTADOS!...
POR FORTUNA,*

DERECHO MÉDICO



La obligación del médico es generalmente de **MEDIOS** y no de **RESULTADOS**.

El médico tiene el compromiso de poner todo el empeño y la **técnica al servicio del paciente.**

CASO CLÍNICO



RELATO EXTERNO HISTÓRICO



LA GRAN DECISIÓN



LOS RESULTADOS DE LA DECISIÓN



MEA CULPA

CASO CLÍNICO



RELATO EXTERNO HISTÓRICO



REH – antecedentes (1)

DERIVACIÓN

- ✓ Mujer de 65 años
- ✓ Remitida por su MAP a Endocrino en 2013 por DM2 mal controlada

FRV

- ✓ HTA desde los 50 años, a tratamiento con 3 drogas
- ✓ Hipercolesterolemia a tratamiento con estatina
- ✓ Ex-fumadora desde 2005
- ✓ Menopausia a los 53 años
- ✓ Patología de pequeño vaso en RNM (2013), solicitada por cefalea. Antiagregada

MAP: Médico de Atención Primaria

DM2: Diabetes tipo 2

HTA: Hipertensión arterial

RNM: Resonancia Nuclear Magnética

REH – antecedentes (2)

OTROS AP

- ✓ Colon irritable
- ✓ Síndrome ansioso-depresivo de larga evolución. Toma lorazepam como hipnótico
- ✓ Hipotiroidismo autoinmune, sin bocio, con T4L: 0,7 ng/dL y TSH: 65 mcUI/mL (2013). Tratamiento con 112 mcg/día de tiroxina

INTERVENCIONES

- ✓ Túnel carpiano bilateral (2002 y 2004)
- ✓ Menisco interno de rodilla derecha (2005)

REH – la diabetes

DIAGNÓSTICO

- ✓ En 1999 (46 años)
- ✓ Asociada a obesidad
- ✓ Un hermanastro con DM1
- ✓ Mala adherencia a la dieta
- ✓ Vida sedentaria
- ✓ No autocontrol (sí autoanálisis glucémico desde el inicio de la insulinoterapia)

COMPLICACIONES

- ✓ Retinopatía diabética de fondo leve-moderada, con edema macular bilateral. Inyecciones intra-vítreas de anti-VEGF
- ✓ Excreción urinaria de albúmina oscilante (entre 20 y 70 mg/g creat)
- ✓ Percepción del monofilamento
- ✓ No clínica anginosa
- ✓ Pulsos distales presentes

DM1: Diabetes tipo 1

VEGF: Factor de crecimiento endotelial

REH – exploración

	2013	2014	2015	2016
Talla (cm)	148,5			
Peso (kg)	92,000	91,700	98,400	100,800
IMC	41,8		44,7	45,8
TA (mm Hg)	151/97		152/90	
PC (cm)	104			

IMC: Índice de Masa Corporal














TA: Tensión Arterial

PC: Perímetro de Cintura

REH – análisis

	2013	2014	2015	2016
HbA1c (%)	9,8	8,1	7,7	7,9
FGE (mL/min)	> 90			> 90
Urato (mg/dL)	3,5			3,1
CT (mg/dL)	201	166	154	141
HDL-C (mg/dL)	56	58	59	58
LDL-C (mg/dL)	104	83	74	61
TG (mg/dL)	206	124	104	108
TSH (mcUI/mL)	9,11	3,45	1,48	3,05
EUA (mg/g creat)	242	70	43	20

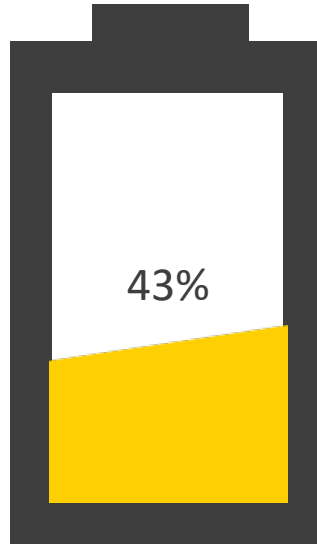
REH – fármacos antidiabéticos

	2013	2014	2015	2016
MET				
IDPP4				
GLIM				
arGLP1				
ISGLT2				
GLARG				



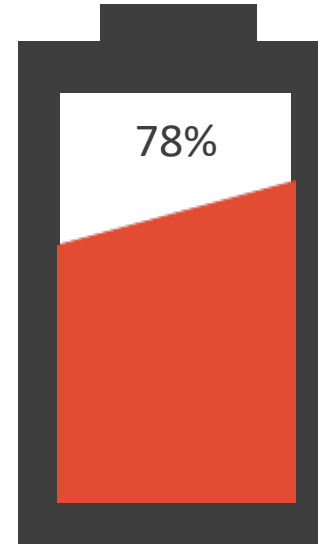
LA DESESPERACIÓN COMPARTIDA. UNA APROXIMACIÓN

2016



A

Desesperación (calculada)
de la paciente



B

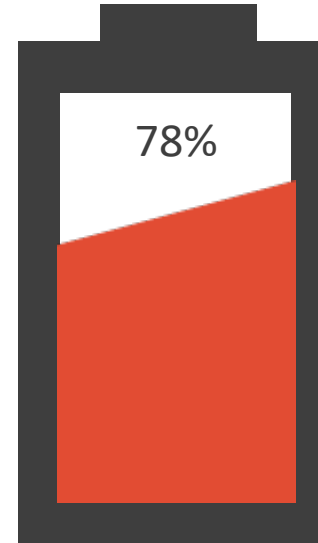
Mi propia (evidente)
desesperación



LA DESESPERACIÓN COMPARTIDA. UNA APROXIMACIÓN

2016

- 63 años
- 17 años de diabetes
- IMC: 45,8
- HbA1c: 8% (con 3 fármacos)
- Intolerancia a nuevas familias
- Retinopatía diabética con EMCS
- Microalbuminuria oscilante
- Postmenopausia
- HTA con 3 fármacos
- Hipercolesterolemia (con 1 fármaco)
- Patología isquémica de pequeño vaso
- Síndrome ansioso-depresivo
- Trabajo a turnos



B

Mi propia (evidente)
desesperación

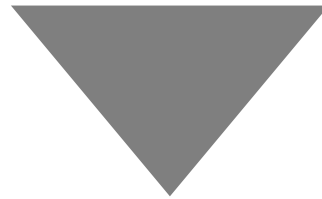
CASO CLÍNICO

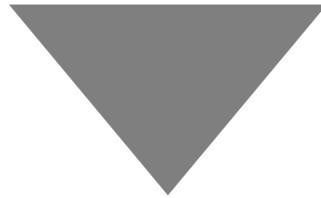


LA GRAN DECISIÓN



CIRUGÍA BARIÁTRICA







EL INFORME

1. El 4 de octubre de 2016 se le practicó a la paciente un by-pass gástrico (gastro-ileal) por vía laparoscópica
2. Tratamiento: MULTICENTRUM[®], OMEPRAZOL 40, HIDROFEROL[®] CHOQUE 3 mg, AUXINA A + E FUERTE[®]

**Clínica
Montpellier**

H^a 94.104

UCLOM

www.uclom.com



Unidad de Cirugía Laparoscópica de la Obesidad y el Metabolismo

Clínica Montpellier. Via de la Hispanidad 37. 50012 Zaragoza

Coordinador: Dr. J. Joaquín Resa

685178842 - 976757706

INFORME CLÍNICO

ANTECEDENTES MÉDICOS: DMT2 con 17 años de evolución. Hipertensión. Roncador. Dolores articulares. Insuficiencia venosa. Hipercolesterolemia. Movilidad reducida. Varices. Cansancio. Retinopatía diabética de fondo leve-moderada en ambos ojos. Artrosis. Meniscos rotos.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: Síndrome túnel carpiano. Menisco externo rodilla drch. Inyecciones oculares de Lucentis.

MEDICACIÓN PREOPERATORIA: VICTOZA. METFORMINA 1000. COZAAR PLUS. COZAAR. ULCERAL. ADIRO 300. ASTUDAL. BELMALIP. LANTUS. EUTIROX.

ENDOCRINOLOGÍA: De acuerdo con la indicación quirúrgica.

PSIQUIATRÍA: No existe patología que contraindique la cirugía.

FIBROGASTROSCOPIA: Esófago: Mucosa de aspecto normal. Cambio de mucosa situado a unos 38 cm de la arcada dentaria. Estómago: Pórnix normal por retroversión. Región de incisura angularis normal. Píloro de aspecto normal. Duodeno: con mucosa de aspecto normal.

RX TÓRAX: Sin contraindicación quirúrgica.

ECG: Sin contraindicación quirúrgica.

ANALÍTICA: Sin contraindicación quirúrgica. Estudio hormonal normal

ECOGRAFIA: Hígado de dimensiones y morfología normales. Alteración difusa de la ecoestructura hepática, de ecogenicidad aumentada, por infiltración esteatótica en grado leve. Sistema biliar sin alteraciones. Páncreas y bazo de tamaño y características normales. Riñones sin alteraciones ecográficas.

FECHA DE INGRESO: martes, 4 de octubre de 2016

MOTIVO DE INGRESO: Cirugía de la obesidad.

FECHA DE INTERVENCIÓN: martes, 4 de octubre de 2016

QUIRURANO: DR. J. JOAQUÍN RESA

TECNICA 1: Bypass gástrico (gastroileal) UA Laparoscopico de Resa

ANESTESISTAS: DR. ALFREDO FRAGUAS-DR^a. CARMEN BONO

ANESTESIA: General

EVOLUCIÓN: Satisfactoria

MOTIVO DEL ALTA: Curación / Mejoría

FECHA DE ALTA: jueves, 6 de octubre de 2016

DESTINO: Domicilio

DIAGNÓSTICO: Obesidad mórbida.

DIETA: Dieta líquida 10 días. Triturada 5 días. Blanda 5 días

RECOMENDACIONES: Ejercicio progresivo.

MEDICACIÓN POST: Omeprazol 40 mg 1 cada 24 h. + Multicentrum 1 cada 24 h. + Hidroferol choque 3 mg /1 ampolla bebible cada 14 días (sábados) y Auxina A+E fuerte 1 cada 7 días (domingos)

Dr. J. Joaquín Resa
www.doctorresa.com
N^o. Col: 504402135.

Via de la Hispanidad, 37. 50012 Zaragoza. Tel.: 976 76 53 00. Fax: 976 75 23 89

CASO CLÍNICO



LOS RESULTADOS DE LA DECISIÓN

RD – exploración post-cirugía bariátrica

	1 mes	4 meses	7 meses	13 meses	19 meses	25 meses
Talla (cm)	148,5					
Peso (kg)	93,400	86,500	80,500	77,500	75,700	73,000
IMC	42,4	39,5	37,0	34,3	34,5	33,1
TA (mm Hg)						141/75
PC (cm)						89

IMC: Índice de Masa Corporal

TA: Tensión Arterial

PC: Perímetro de Cintura

Pre-cirugía: 98 kg, IMC: 44,7

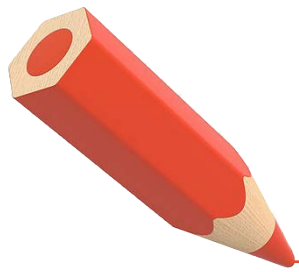
RD – análisis post-cirugía bariátrica

	1 mes	4 meses	7 meses	13 meses	19 meses	25 meses
HbA1c (%)	7,4		6,2	5,8	6,0	5,7
Glucemia (mg/dL)	112	134		103	118	106
FGE (mL/min)	> 90			> 90		> 90
Urato (mg/dL)	3,1			3,3		
CT (mg/dL)	120	181		170	161	
HDL-C (mg/dL)	44	45		56	58	
LDL-C (mg/dL)	50	108		94	88	
TG (mg/dL)	129	139		104	74	
TSH (mcUI/mL)	4,7	3,4		6,9	4,1	
EUA (mg/g creat)				46	39	

RD – fármacos post-cirugía bariátrica

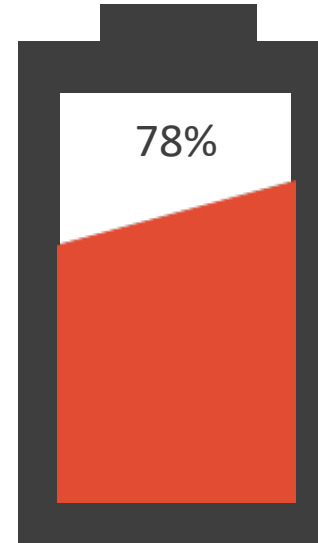
	1 mes	4 meses	7 meses	13 meses	19 meses	25 meses
MET	✓	✓		✓	✓	
IDPP4						✓
GLARG	✓					
ARA II HCT						✓
POLIVIT						✓
VIT D						✓
AAS						✓
OMEPAZ						✓
TIROXINA						✓

La metformina fue suspendida en Digestivo (en relación con el colon irritable)



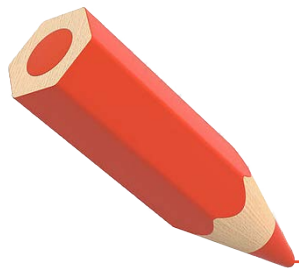
LA SATISFACCIÓN COMPARTIDA. UNA APROXIMACIÓN

- 65 años
- 19 años de diabetes
- IMC: 33,1
- HbA1c: 5,7% (con 1 fármaco)
- Retinopatía diabética con EMCS
- Microalbuminuria negativizable
- Postmenopausia
- HTA con 2 fármacos
- Perfil lipídico mejorable
- Patología isquémica de pequeño vaso
- Síndrome ansioso-depresivo mejorando
- Jubilada



B

Mi propia (evidente)
satisfacción



LA SATISFACCIÓN COMPARTIDA. UNA APROXIMACIÓN

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 65 años | <input type="checkbox"/> 63 años |
| <input type="checkbox"/> 19 años de diabetes | <input type="checkbox"/> 17 años de diabetes |
| <input type="checkbox"/> IMC: 33,1 | <input type="checkbox"/> IMC: 45,8 |
| <input type="checkbox"/> HbA1c: 5,7% (con 1 fármaco) | <input type="checkbox"/> HbA1c: 8% (con 3 fármacos) |
| <input type="checkbox"/> Retinopatía diabética con EMCS | <input type="checkbox"/> Retinopatía diabética con EMCS |
| <input type="checkbox"/> Microalbuminuria negativizable | <input type="checkbox"/> Microalbuminuria positiva |
| <input type="checkbox"/> Postmenopausia | <input type="checkbox"/> Postmenopausia |
| <input type="checkbox"/> HTA con 2 fármacos | <input type="checkbox"/> HTA con 3 fármacos |
| <input type="checkbox"/> Perfil lipídico mejorable | <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia (con 1 fármaco) |
| <input type="checkbox"/> Patología isquémica de pequeño vaso | <input type="checkbox"/> Patología isquémica de pequeño vaso |
| <input type="checkbox"/> Síndrome ansioso-depresivo mejorando | <input type="checkbox"/> Síndrome ansioso-depresivo |
| <input type="checkbox"/> Jubilada | <input type="checkbox"/> Trabajo a turnos |

CASO CLÍNICO



MEA CULPA



MEA CULPA

CONSENSO SEEDO 2016



CIRUGÍA BARIÁTRICA

¿A quién?: En 1991 el NIH Consensus Development Conference Panel estableció los criterios: **pacientes con $IMC \geq 40$ kg/m², y pacientes con formas menos graves de obesidad (IMC 35-40 kg/m²) con comorbilidades graves asociadas,** con edades entre 18 y 60 años (individualizando adolescentes y edad avanzada)



CIRUGÍA
BARIÁTRICA

Artículo original

Variación del perfil cardiometabólico en pacientes diabéticos obesos intervenidos de cirugía bariátrica. Cambios en el riesgo cardiovascular

Pedro Pujante^{a,*}, María D. Hellín^b, Aisa Fornovi^b, Pablo Martínez Camblor^c, Mercedes Ferrer^b, Victoria García-Zafra^b, Antonio M. Hernández^b, María D. Frutos^d, Juan Luján-Monpeán^d y Javier Tébar^b

	Grupo 1 (n = 54)
<i>Edad (años)</i>	50,6 ± 1,3
<i>Varones/mujeres</i>	20/34
<i>IMC</i>	45,1 ± 0,9
<i>IMC categorizado (%)</i>	
< 40	23,4
40-45	27,7
45-50	23,4
> 50	25,5
<i>Duración de DM (años)</i>	8,3 ± 1,2
<i>Antecedentes de dislipemia (%)</i>	60,0
<i>Tratamiento de la dislipemia (%)</i>	79,5
<i>Tratamiento antidiabético antes de la cirugía (%)</i>	
Dieta y ejercicio	15,1
ADO en monoterapia	28,3
ADO en combinación	28,3
Insulina	28,3

Artículo original

Variación del perfil cardiometabólico en pacientes diabéticos obesos intervenidos de cirugía bariátrica. Cambios en el riesgo cardiovascular

Pedro Pujante^{a,*}, María D. Hellín^b, Aisa Fornovi^b, Pablo Martínez Camblor^c, Mercedes Ferrer^b, Victoria García-Zafra^b, Antonio M. Hernández^b, María D. Frutos^d, Juan Luján-Monpeán^d y Javier Tébar^b

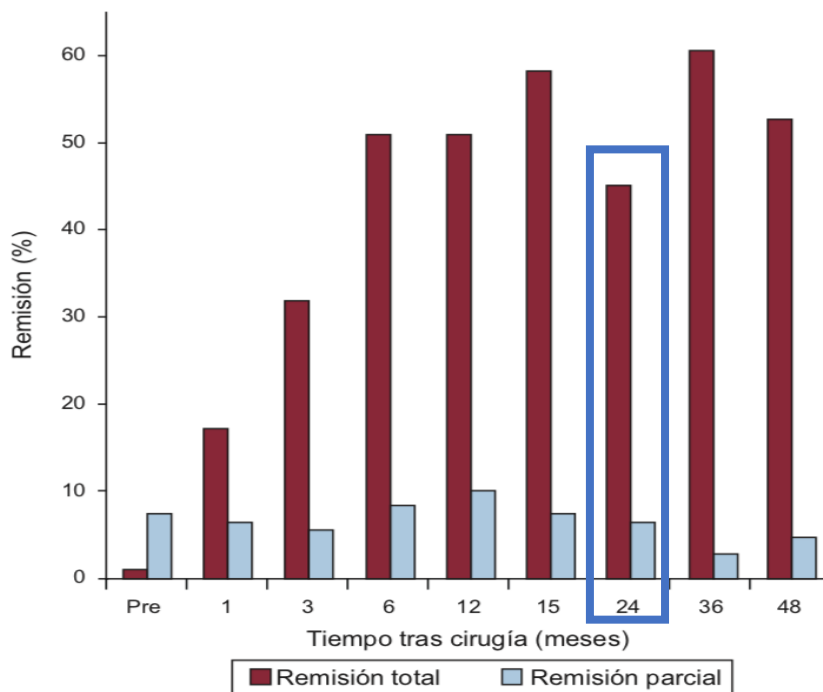
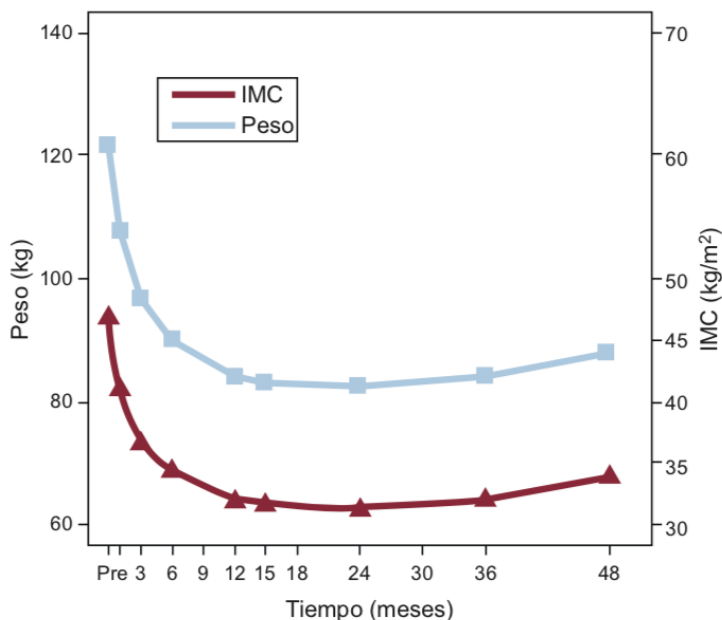
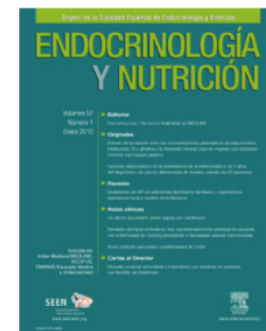


Figura 4. Evolución del peso y el índice de masa corporal tras 4 años de la cirugía. IMC: índice de masa corporal.



ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

www.elsevier.es/endo



EDITORIAL

Posicionamiento de las sociedades SEEN-SECO-SEEDO-SED sobre la cirugía metabólica en la diabetes mellitus tipo-2



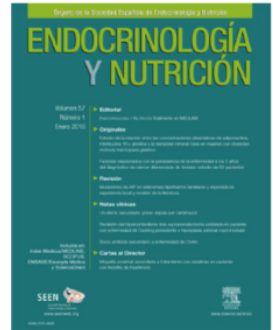
Joint Position Statement of the SEEN-SECO-SEEDO-SED Societies on metabolic surgery for type 2 diabetes mellitus''

Miguel A. Rubio^{a,*}, Susana Monereo^a, Albert Lecube^a, Joaquín Resa^b, Carlos Masdevall^b, Felipe de la Cruz Vigo^b, Mar Garrido^c, Albert Goday^c, Ignacio Llorente^d y Carlos Pesquera^d



ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

www.elsevier.es/endo

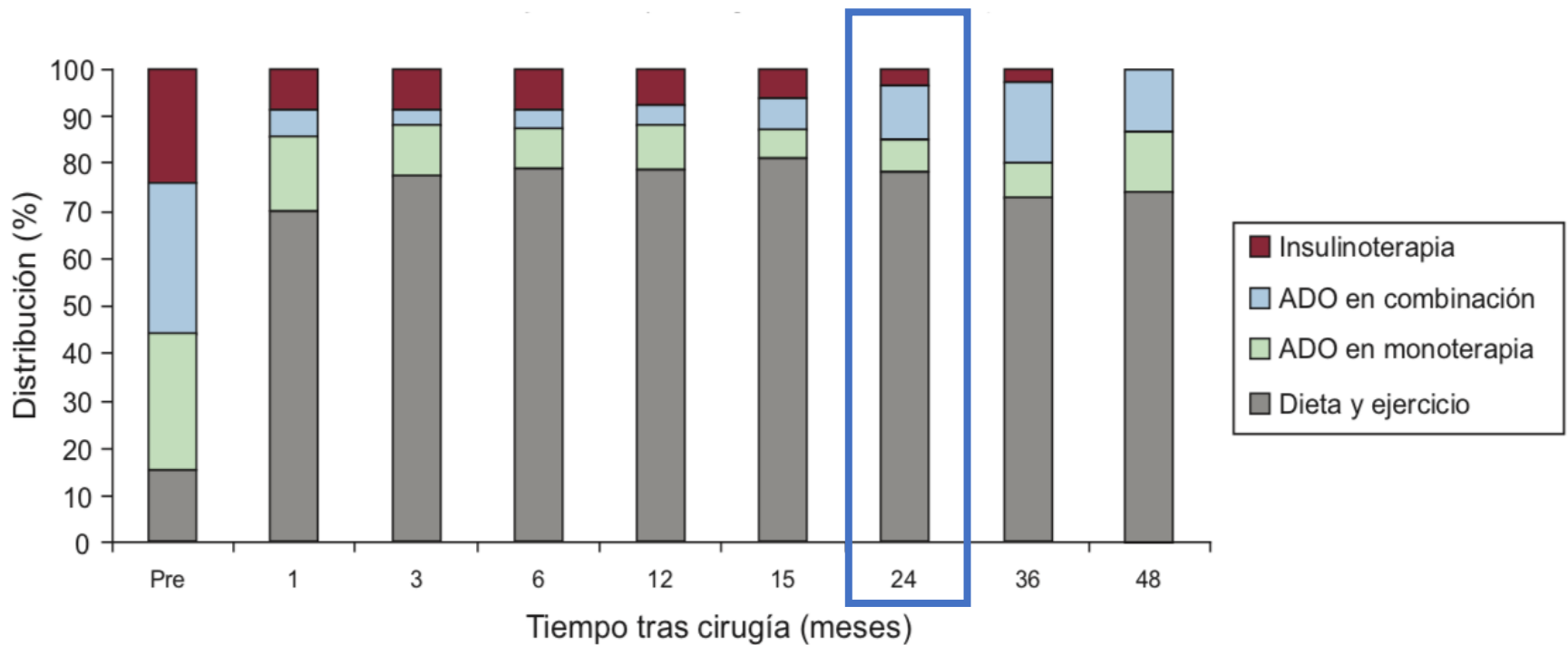


Diabetes	Glucemia (mg/dL)	HbA1c (%)	Fármacos
Remisión completa	< 100	< 6,5	No (durante 1 año)
Remisión parcial	100-125	< 6,5	No (durante 1 año)
Mejoría		< 7,0	Sí

Artículo original

Variación del perfil cardiometabólico en pacientes diabéticos obesos intervenidos de cirugía bariátrica. Cambios en el riesgo cardiovascular

Pedro Pujante^{a,*}, María D. Hellín^b, Aisa Fornovi^b, Pablo Martínez Camblor^c, Mercedes Ferrer^b, Victoria García-Zafra^b, Antonio M. Hernández^b, María D. Frutos^d, Juan Luján-Monpeán^d y Javier Tébar^b





EN MI DEFENSA

CONSENSO SEEDO 2016



CIRUGÍA BARIÁTRICA

¿A quién?: En 1991 el NIH Consensus Development Conference Panel estableció los criterios: pacientes con $IMC \geq 40$ kg/m², y pacientes con formas menos graves de obesidad (IMC 35-40 kg/m²) con comorbilidades graves asociadas, **con edades entre 18 y 60 años** (individualizando adolescentes y edad avanzada)



CIRUGÍA
BARIÁTRICA



EN MI DEFENSA

Obes Surg. 2018 Dec;28(12):3992-3996. doi: 10.1007/s11695-018-3453-z.

Bariatric Surgery Waiting Lists in Spain.

Arteaga-González IJ^{1,2,3}, Martín-Malagón AI^{4,5}, Ruiz de Adana JC⁴, de la Cruz Vigo F⁴, Torres-García AJ⁴, Carrillo-Pallares AC^{6,4,5}.

+ Author information

Abstract

Bariatric surgery is one of the most common general surgery procedures in countries that, like Spain, have public healthcare systems, but is also one of the procedures for which patients have to wait the longest. The Spanish Society of Obesity Surgery (SECO) conducted a survey to estimate the situation of bariatric surgery waiting lists in Spain's public hospitals and to gather information on a number of related aspects.

METHODS: An online survey was sent to the members of the SECO. The survey received 137 visits, all via the click-through link provided, from 52 health centers (47 public and 5 private). The data collected were included in a database and later analyzed using the SPSS18.0 statistical software package.

RESULTS: A total of 4724 patients were on bariatric surgery waiting lists (BWLs), at an average of 100 per public hospital. Sixty-eight percent had been waiting for more than 6 months. The mean delay per patient was 397 days, and the longest wait was 1661 days. A further 46.2% of respondents were able to recall cases of patients who in the past 5 years had suffered cardiovascular events with sequelae while awaiting surgery, and 21.2% recalled at least one fatal cardiovascular event in that time.

CONCLUSION: Our data revealed an unacceptably long wait for obesity surgery. Notwithstanding the limitations and potential biases of our research, the long wait for surgery in our context inevitably has serious consequences for a potentially significant number of patients.



Demora media: 1 año
Demora máxima: 4,5 años

LA DIABETES TIPO 2 Y LA CIRUGÍA BARIÁTRICA. LIMITANTES...

¿EDAD?

63 años

¿LARGA EVOLUCIÓN?

17 años

¿IDIOSINCRASIA?

Sd. ansioso -
depresivo



Endo THANK YOU

