

# Incorporando Nuevas Estrategias para Manejo de Obesidad en el Cuidado de Diabetes 2. Tratamiento Médico y Quirúrgico

Disertante/s

Dina H. Griauzde, MD, MSc  
Kristina H. Lewis, MD, MPH, SM  
Jackie L. Boucher, MS, RDN

## Highlights

**Manejo médico del peso para tratamiento de DM2:** se asocian a remisión de DM: VLCD y VLCHD. Guía ADA 2022 tto DM: si se prioriza descenso de peso, luego de CEV + MET → ag R GLP1 (o TZP?) o iSGLT2 y evitar drogas que aumentan de peso (insulina, SU, TZD). Fármacos para bajar de peso aprobados por FDA para uso a largo plazo: orlistat < liraglutide 3 mg < bupropion/naltrexona < fentermina/topiramato < semaglutide 2.4 mg. GELESIS 100 partículas de hidrogel.

**Cirugía Bariátrica (CB) y Diabetes (Kristina Lewis):** Pérdida de peso con CEV 5-7%, fármacos 5-15%, CB 20-30%. CB mejora control glucémico (hba1C -2% vs tto médico -0.5%). CB cirugía segura, alto costo pero costo efectiva. Tipos de CB: banda gástrica casi no realiza (1%), By pass en descenso (20%), Manga Gástrica en aumento (60%), Diversión BP con switch duodenal (1%, gran malabsorción).

**Integrando pérdida de peso con tto médico y cx (Jackie Boucher):** Reconocer obesidad como enfermedad crónica. Estigma. CB: falta de derivación por miedo a complicaciones/EA, falta de cobertura. Seguimiento post quirúrgico. Baja utilización de fármacos: falta de entrenamiento, EA, cobertura.

## Resumen

**Manejo médico del peso para tratamiento de DM2 (Dina Griauzde):** Tto dietético: dietas con restricción calórica para descenso de peso, pero las que se asocian a remisión de DM: VLCD y VLCHD. Estudio no RCT dieta cetogénica en DM2= 17% vs 2.4% remisión de DM a 2 años (resultados similares en estudios de vida real), Evitar iSGLT2 si < 50 g HC/día!. Guía ADA 2022 tto DM: si se prioriza descenso de peso, luego de CEV + MET → ag R GLP1 (o TZP?) o iSGLT2. iSGLT2 efecto leve (-1.5 - 2 kg), pero sirve para combinar con ag R GLP1 y evitar drogas que aumentan de peso (insulina, SU, TZD). Ag R GLP 1 (saciedad central, enlentecimiento de vaciado gástrico), de menor a mayor potencia para descenso de peso exenatide < exenatide ER < lixisenatide < dulaglutide < liraglutide < semaglutide < tirzepatide. LIRA y SEMA en altas dosis para OB. SEMA 2 mg (FDA mar 22 DM2) 28.4% -10% peso y -2.2 HbA1c, TZP 15 mg (FDA may 22 DM2) 57 % -10% peso y -2.3 HbA1c. Fármacos para bajar de peso aprobados por FDA para uso a largo plazo= se continúan indefinidamente para no reganar peso (IMC > 30 o 27 + > 1 comorb o poco descenso o reganancia post Cx bariátrica): orlistat (uso limitado por EA) < liraglutide 3 mg (diaria, 25% -10% peso) < bupropion/naltrexona (4 comp/día, en DM 5.7% peso-10%, -0.6 HbA1c, preferida para depresión, TBQ, atracones) < fentermina/topiramato (1 comp/día, 48% -10% peso, en DM HbA1c -0.4%, con descenso de PA, preferida en migraña, convulsiones, ADD/ADHD sin estimulantes. Teratogénesis.) < semaglutide 2.4 mg (semanal, 45% peso -10%). Menor eficacia en DM. Si < 5% peso en 3 meses a máx dosis → cambiar fármaco. GELESIS 100 partículas de hidrogel que se expanden en estómago (27% -10% peso). DESAFÍOS: Recursos insuficientes para consejo NTC, falta de entrenamiento en obesidad, alto costo de medicación.

**Cirugía Bariátrica (CB) y Diabetes (Kristina Lewis):** Pérdida de peso con CEV 5-7% (ej: DPP, LOOH AHEAD, pero hasta el 80% regana peso a largo plazo), fármacos 5-15% (disponibilidad largo plazo?), CB 20-30%, que se mantiene en el tiempo (ej: RYGB mantienen 22-28% de pérdida de peso a 5 años). CB mejora en 2/3 de los ptes HTA, DLP, SAHOS, reduce incidencia de cáncer. CB mejora control glucémico (hba1C -2% vs tto médico -0.5%) en IMC >35 y < 35. CB cirugía segura (> laparoscópica, mortalidad símil colecistectomía lap 0.1-0.5%, complicaciones tempranas 3.8-5.8%), re cirugía 1.6-2.5%), alto costo pero costo efectiva (tto médico \$\$41384/qaly vs CB \$\$6300-12000/qaly). Tipos de CB: banda gástrica casi no se realiza (1%), By pass en descenso (20%), Manga Gástrica en aumento (60%), Diversión BP con switch duodenal (1%, gran malabsorción). Indicaciones CB: IMC >40, >35 con comorb, >30 con DM2 mal controlada (algunas etnias <30). De los pacientes elegibles, se operan un 0.6% en USA. Ya no se requiere pérdida de peso previo a la cirugía, SI 2 semanas antes de la cx VLCD para disminuir tamaño hepático y mejorar control glucémico. Mecanismos de remisión de DM: < ingesta, cambios hormonales (GLP1, leptina, ghrelina), < tejido adiposo, > insulino sensibilidad muscular y hepática, mejora función B celular, acción en intestino distal de ácidos biliares, cambios en microbioma. Predictores de remisión: duración de DM, uso de insulina, control glucémico, edad, complicaciones de DM. Remisión a 5 años 30-63%. Recaída de DM: por reganancia de peso/cambios en la dieta?. Beneficio a largo plazo de CB incluso sin remisión de DM/recaída. Menos complic. Crónicas de DM a 10 años vs tto médico (5% vs 72%). RYGB > un poco más descenso de peso y remisión DM que manga, pero más complicaciones.

**Integrando pérdida de peso con tto médico y cx (Jackie Boucher):** Reconocer obesidad como enfermedad crónica. Estigma. Actitud del equipo de salud para atender ptes con obesidad. Por qué se utiliza poco CB?: falta de derivación por miedo a complicaciones/EA (20% derivados por médico, 80% por el mismo pte), falta de cobertura. Baja utilización de fármacos: falta de entrenamiento, EA, cobertura. Seguimiento post quirúrgico (control alimentación, minerales y vit, peso, act. Física, comorbilidades). Adecuar tto anti DM post cx. Si recaída DM preferir Ag RGLP1 o i SGLT2.

## Bibliografía principal

Standards of Medical Care in Diabetes—2022 [Internet]. Vol. 45, Diabetes Care. 2022. p. S4–7.

Athinarayanan SJ, Long-Term Effects of a Novel Continuous Remote Care Intervention Including Nutritional Ketosis for the Management of Type 2 Diabetes: A 2-Year Non-randomized Clinical Trial. Front Endocrinol (Lausanne). 2019 Jun 5;10:348.

Schauer PR, Mingrone G, Ikramuddin S, Wolfe B. Clinical Outcomes of Metabolic Surgery: Efficacy of Glycemic Control, Weight Loss, and Remission of Diabetes [Internet]. Vol. 39, Diabetes Care. 2016. p. 902–11.

AACE/TOS/ASMBS/OMA/ASA Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient – 2020 Update