

# MUJER CON OBESIDAD EXTREMA Y DIABETES MELLITUS TIPO 2: ANÁLOGOS GLP1 COMO OPCIÓN AL TRATAMIENTO.

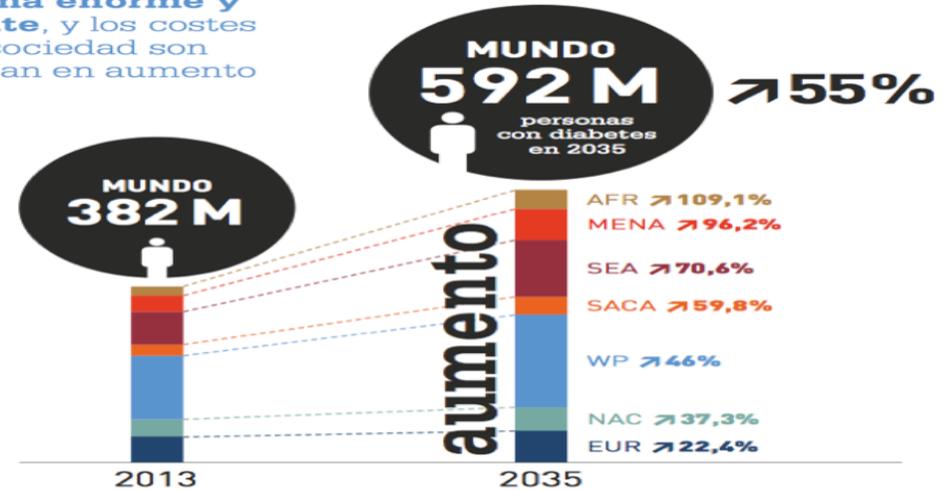


Estefanía García Sánchez; Ana Lucía Agudo Beato; Rocío Cortés Peláez; Rita Criado Pizarro; Cristobal Morales Portillo.

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

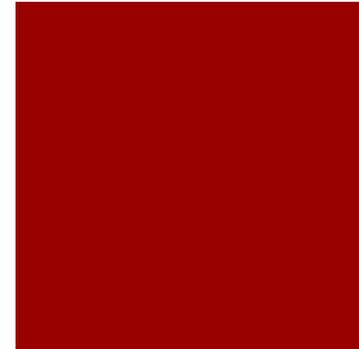
La diabetes es un **problema enorme y creciente**, y los costes para la sociedad son altos y van en aumento

## Introducción:



- En los países desarrollados, estamos asistiendo en los últimos años a una epidemia de obesidad y diabetes, en ella influyen factores ligados al estilo de vida. Aproximadamente el 36% de las personas diagnosticadas de diabetes tiene un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 30 kg/m<sup>2</sup>, lo que los clasifica de obesos. Es necesario intervenir enérgicamente para tratar la obesidad en pacientes diagnosticados de diabetes. El reto principal es mantener la pérdida de peso a largo plazo.
- El tratamiento con análogos de GLP-1, además de su actividad hipoglucemiante, también aportan otros efectos que implican, el retraso en el vaciamiento gástrico, reducción del apetito y la ingesta calórica con la consiguiente pérdida de peso y mejoría de las comorbilidades asociadas a la obesidad.

# Caso clínico:



- Mujer de 49 años
- Sin reacciones alérgicas medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos.
- Diabetes Mellitus tipo 2 desde 2004 (10 años de evolución) sin complicaciones micro ni macrovasculares conocidas en tratamiento con doble terapia con buen cumplimiento.
- Hipertensión arterial desde 2007 en tratamiento con triple terapia
- Pinzamiento y retrolistesis L5-S1 desde 2010 que produce limitación para la movilidad y ejercicio físico
- Asma bronquial intrínseco bien controlada.
- Antecedentes familiares: Abuelo materno con DM2. Tía materna operada de cirugía bariátrica con complicaciones.
- Valoración funcional y social: Vida sedentaria. La paciente no trabaja en la actualidad (en paro), en casa realiza ingestas abundantes y otras extras fuera de horario habitual.
- Tratamiento habitual: Glicazida 30 mg 2-0-0, Metformina 850 mg 1-1-1, Enalapril 20 mg 1-0-0, Lecarnidipino 10 mg 0-1-0, Hidrolorotiazida 50 mg ½-0-0, Paracetamol 1 gramo 1-0-0, Omeprazol 20 mg 1-0-0, Escitalopram 20 mg 1-0-0, Atrovent 1-1-1, Ventolin si precisa.

## Historia actual:

- Derivada desde Atención Primaria al Hospital del Día de Diabetes (HDD) para control diabético y pérdida de peso.
- La paciente en consultas expresa su deseo a perder peso.
- El año previo había realizado tratamiento con exenatide diario (Byetta) con abandono del mismo por intolerancia (nauseas).
- Ante el perfil de la paciente inicialmente se propone cirugía bariátrica que rechaza.
- Se realiza educación diabetológica insistiendo en la dieta diabética hipocalórica, se mantiene mismo tratamiento añadiendo a este exenatide semanal. Se cita para seguimiento.

# Seguimiento:



Parámetros	Primera consulta	Seguimiento al mes
Peso	127.7 Kg	121.3 kg (- 6,4 kg)
ICM (talla 159 cm)	50.5 kg/m <sup>2</sup>	47.87 kg/m <sup>2</sup>
HbA1c	8.1%	5,9% (-2,2 %)
Perímetro cintura	143 cm	138 cm
<u>Cetonuria</u>	0.1 mg/dl	
TA	143/60	120/46

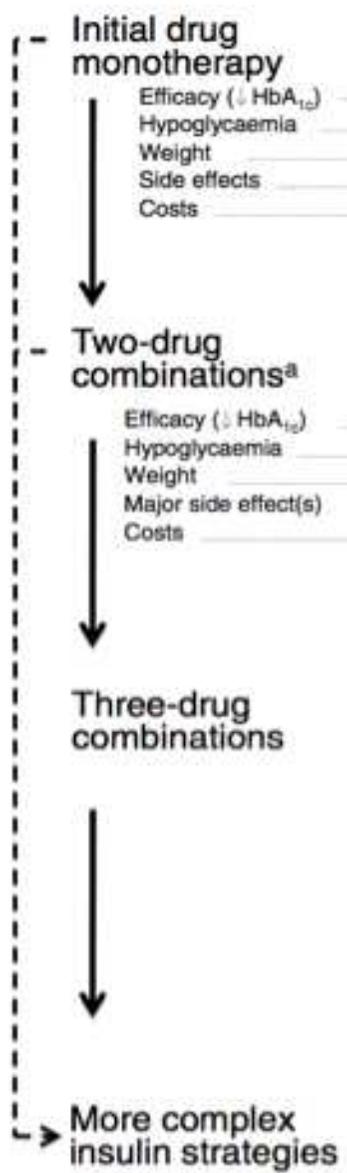


La satisfacción del paciente es importante en la práctica clínica:

**CUESTIONARIO DE SATISFACCION CON EL TRATAMIENTO PARA LA DIABETES MELLITUS**  
**CUESTIONARIO DTSQ-5**

Las siguientes preguntas están relacionadas con el tratamiento de su diabetes mellitus (incluyendo insulina, comprimidos y/o dieta) y su experiencia en estas últimas semanas. Por favor, conteste a cada pregunta, haciendo un círculo en un número de cada una de las escalas

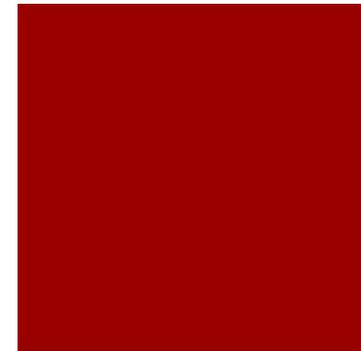
1. ¿En qué medida está Ud. satisfecho/a con su tratamiento actual?  
Muy satisfecho/a      6    5    4    3    2    1    0      Muy insatisfecho/a
2. Últimamente, ¿con qué frecuencia ha considerado que su nivel de azúcar era inaceptablemente alto?  
La mayoría del tiempo      6    5    4    3    2    1    0      Nunca
3. Últimamente, ¿con qué frecuencia ha considerado que su nivel de azúcar era inaceptablemente bajo?  
La mayoría del tiempo      6    5    4    3    2    1    0      Nunca
4. Últimamente, ¿en qué medida considera Ud. que su tratamiento resulta práctico/cómodo?  
Muy cómodo/Muy práctico      6    5    4    3    2    1    0      Muy incómodo/poco práctico
5. Últimamente, ¿en qué medida considera Ud. que su tratamiento es flexible?  
Muy flexible      6    5    4    3    2    1    0      Muy inflexible
6. ¿En qué medida está satisfecho/a con su grado de conocimiento acerca de su diabetes?  
Muy satisfecho/a      6    5    4    3    2    1    0      Muy insatisfecho/a
7. ¿Recomendaría esta forma de tratamiento a alguien con una diabetes similar a la suya?  
Sí, recomendaría el tratamiento sin duda alguna      6    5    4    3    2    1    0      No recomendaría el tratamiento en absoluto
8. ¿Hasta qué punto estaría satisfecho/a de continuar con su tratamiento actual?  
Muy satisfecho/a      6    5    4    3    2    1    0      Muy insatisfecho/a



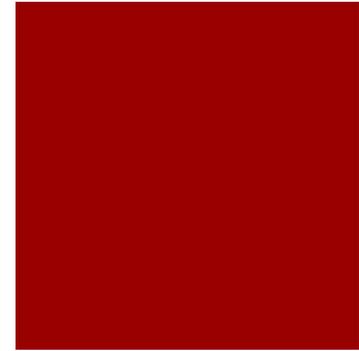
**Healthy eating, weight control, increased physical activity**

<b>Metformin</b>				
high low risk neutral/loss GI / lactic acidosis low				
If needed to reach individualised HbA <sub>1c</sub> target after ~3 months, proceed to two-drug combination (order not meant to denote any specific preference):				
Metformin +	Metformin +	Metformin +	Metformin +	Metformin +
<b>Sulfonylurea<sup>b</sup></b>	<b>Thiazolidine-dione</b>	<b>DPP-4 Inhibitor</b>	<b>GLP-1 receptor agonist</b>	<b>Insulin (usually basal)</b>
high moderate risk gain hypoglycaemia <sup>c</sup> low	high low risk gain oedema, HF, Fx <sup>c</sup> high	intermediate low risk neutral rare <sup>c</sup> high	high low risk loss GF <sup>d</sup> high	highest high risk gain hypoglycaemia <sup>c</sup> variable
If needed to reach individualised HbA <sub>1c</sub> target after ~3 months, proceed to three-drug combination (order not meant to denote any specific preference):				
Metformin +	Metformin +	Metformin +	Metformin +	Metformin +
<b>Sulfonylurea<sup>b</sup></b>	<b>Thiazolidine-dione</b>	<b>DPP-4 Inhibitor</b>	<b>GLP-1 receptor agonist</b>	<b>Insulin (usually basal)</b>
+ <b>TZD</b>	+ <b>SU<sup>b</sup></b>	+ <b>SU<sup>b</sup></b>	+ <b>SU<sup>b</sup></b>	+ <b>TZD</b>
or <b>DPP-4-i</b>	or <b>DPP-4-i</b>	or <b>TZD</b>	or <b>TZD</b>	or <b>DPP-4-i</b>
or <b>GLP-1-RA</b>	or <b>GLP-1-RA</b>	or <b>Insulin<sup>d</sup></b>	or <b>Insulin<sup>d</sup></b>	or <b>GLP-1-RA</b>
or <b>Insulin<sup>d</sup></b>	or <b>Insulin<sup>d</sup></b>			
If combination therapy that includes basal insulin has failed to achieve HbA <sub>1c</sub> target after 3-6 months, proceed to a more complex insulin strategy, usually in combination with one or two non-insulin agents:				
<b>Insulin<sup>e</sup></b> (multiple daily doses)				

Elección adaptada a nuestro paciente:



# Conclusión:



- La obesidad y la DM2 son dos condiciones relacionadas que conllevan una alta morbi-mortalidad. El control de la obesidad mejora el control glucémico y de otros factores de riesgo cardiovascular.
- La restricción calórica y la consiguiente pérdida de peso han demostrado ser modalidades de tratamiento eficaces de DM2. La cirugía metabólica representa una excelente opción terapéutica para la DM2 asociada a obesidad cuando otras intervenciones terapéuticas han fracasado. Las directrices al uso recomiendan su indicación en individuos con un IMC mayor o igual a 40 kg/m<sup>2</sup> o bien mayor o igual a 35 kg/m<sup>2</sup> en presencia de DM2 o enfermedad asociada relacionada con la obesidad. La decisión no es sencilla, valorando el riesgo quirúrgico y además la eficacia a largo plazo es incierta.

# Conclusiones:

- La elección de los fármacos hipoglucemiantes debe plantearse de forma individualizada en función de las características del paciente.
- La metformina se considera hoy en día como tratamiento de primera elección en monoterapia y combinada con otros antidiabéticos.
- Los análogos de GLP 1 de larga duración son hipoglucemiantes que han demostrado una reducción significativa de la hemoglobina glicosilada con muy bajo riesgo de hipoglucemia. El tratamiento también asocia una pérdida de peso significativa y mantenida en el tiempo, incluso la pérdida de peso parece ser más a expensas de la grasa visceral que de la grasa subcutánea. Por otro lado, los análogos de GLP 1 de larga duración pueden tener mayor efecto sobre el síndrome metabólico que los de corta duración.
- Por último, debemos buscar la satisfacción en el tratamiento del paciente porque mejorará la adherencia.

Muchas gracias

