



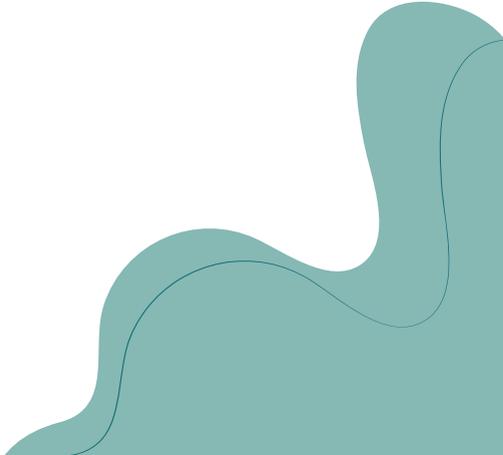
10

DIABETES Y CIRUGÍA

Alicia Sánchez Sánchez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Hospital de Utrera. Sevilla.

ÍNDICE

1. FUNDAMENTOS
 2. RESTAURACIÓN DEL TRATAMIENTO TRAS LA CIRUGÍA
 3. DIABETES Y TRASPLANTE DE PÁNCREAS
- BIBLIOGRAFÍA
- 
- 

1. Fundamento

Los pacientes con diabetes tienen una mayor incidencia de enfermedad cardiovascular, arteriopatía periférica y neuropatía, y éstas, combinadas con las frecuentes complicaciones microvasculares de la enfermedad, a menudo se traducen en más intervenciones quirúrgicas.

Se requiere una evaluación cuidadosa de los pacientes con diabetes antes de la cirugía debido a su complejidad y alto riesgo de enfermedad coronaria, que puede ser relativamente asintomática en comparación con la población no diabética. La diabetes mellitus también se asocia con un mayor riesgo de infección perioperatoria y morbilidad y mortalidad cardiovascular postoperatoria.

2. Reinstauración del tratamiento tras la cirugía

- » Todos los pacientes con DM1 y muchos con DM2 que van a ser sometidos a procedimientos quirúrgicos largos requieren insulina en el intraoperatorio.
- » El control metabólico suele mejorar cuando el paciente vuelve a su vida normal, por lo que al alta los pacientes tratados previamente con dieta y/o hipoglucemiantes orales podrían volver a su medicación habitual si toleran la ingesta oral y mantienen glucemias por debajo de 180 mg/dl. Si las cifras son mayores, puede ser necesaria la administración temporal de insulina.
- » Causas de descontrol glucémico que hay que valorar en el postoperatorio son: el estado de hidratación del paciente, descartar infecciones, yatrogenia medicamentosa y asegurarse de que el paciente no presenta dolor.

1. Cirugía Menor:

La Cirugía Menor breve como la que se realiza en los Centros de Atención Primaria:

- » Se puede realizar en todos los tipos de diabetes si éstos están bien controlados.
- » Tomarán los antidiabéticos orales o se inyectarán insulina la mañana de la intervención
- » Se realizará lo antes posible.

2. Cirugía metabólica o Cirugía Bariátrica:

Es un tema muy en auge en la actualidad y por el que cada vez más se pregunta a los médicos de familia.

» **Ventajas:** permite conseguir la remisión de la diabetes en dos de cada tres pacientes, en especial con la técnica del bypass gástrico en Y de Roux, incluso antes de que se produzca una pérdida de peso significativa.

» **Los mecanismos** no están claros, parece que intervienen varios: aumento de péptidos intestinales similar al glucagón tipo 1 (GLP 1), la reducción brusca del consumo de nutrientes y la mejora de la esteatosis lo que comporta una mejora de la sensibilidad a la insulina y un aumento de su secreción.

» **Las indicaciones** hasta ahora han sido: personas con un índice de masa corporal (IMC) ≥ 40 kg/m² o bien con un IMC entre 35 y 39.9 kg/m² on una o más complicaciones médicas severas causadas por la obesidad (hipertensión, DM2, osteoartritis, hiperlipidemia o apnea del sueño) y que no logran una pérdida de peso duradera ni una mejoría en las comorbilidades (incluida la hiperglucemia) con métodos no quirúrgicos. Los nuevos estudios señalan que se puede considerar como una opción para tratar la diabetes tipo 2 en adultos con un IMC de 30,0 a 34,9 kg/m² en las mismas circunstancias.

» **Contraindicaciones:** las enfermedades cardiorrespiratorias significativas que impliquen un alto riesgo anestésico, el incumplimiento terapéutico y los trastornos psicológicos o psiquiátricos importantes.

» Riesgos y complicaciones:

- Episodios de hipoglucemia por aumento de la secreción de insulina derivada de una respuesta aumentada de la secreción de GLP-1
- Consecuencias nutricionales: la más común la deficiencia de hierro, seguido del déficit de vitamina B12, la posible deficiencia de tiamina puede dar lugar a secuelas neurológicas, la de cobre produce ataxia, neuropatía periférica..., cambios en el metabolismo del calcio y déficit de vitaminas liposolubles A,D,E y K.
- Vómitos persistentes
- Dificultad para tragar
- Rotura de la línea de grapado
- Dehiscencia de sutura
- Úlceras
- Distensión de la bolsa gástrica y distensión abdominal dolorosa
- Técnicas utilizadas:
- Bypass gástrico

- Derivación biliopancreática con cruce duodenal
- Lap-Band (banda gástrica ajustable)
- Gastrectomía en banda

» **Efecto sobre eventos cardiovasculares y mortalidad:**

Hasta hace no más de cinco años se desconocía la influencia de estos procedimientos en los resultados cardiovasculares. Sin embargo, un reciente metaanálisis demuestra que la CB reduce la mortalidad en pacientes con obesidad. Su relación con la enfermedad cardiovascular (ECV) está bien documentada a través de diversos mecanismos relacionados con la adiposopatía, la inflamación general, los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), la compresión por ésta de diversas estructuras, la apnea obstructiva del sueño ... Dentro las ECV, la fibrilación auricular (FA), insuficiencia cardíaca (IC), enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio (IAM) y el accidente vasculocerebral (AVC) estarían de alguna manera relacionadas con la obesidad. Por todo esto recientemente la GPC de la ESC recomienda (cambio de la GPC previa del 2016) aplicar esta técnica en pacientes obesos de alto riesgo cuando la pérdida ponderal no es suficiente con los cambios en los estilos de vida (MEV).

3. Diabetes y trasplante de páncreas

El trasplante simultáneo de riñón y páncreas se considera en la actualidad el tratamiento de elección y la modalidad más frecuente, representando el 75-80% de los trasplantes realizados en todo el mundo en los pacientes con diabetes tipo 1 e insuficiencia renal puesto que implica una normalización del control metabólico sin necesidad de administrarse insulina.

El trasplante de páncreas aislado ofrece unos resultados peores y quedaría restringido a pacientes con trasplante renal previo o pacientes con diabetes lábil y repetidos ingresos hospitalarios por descompensación metabólica y/o episodios hipoglucémicos severos que se acompañan de pérdida de conciencia.

Bibliografía

- » Pacheco Mejías A, García Rodríguez ME, Montenegro Pacheco A. Manejo del paciente diabético en cirugía. Arch Cir Gen Dig. 2006.
- » Esmatjes Mompó E, Ricart Brulles M^J. Diabetes y trasplante de páncreas. Nutr Hosp. 2008; 23(Supl. 2):64-70. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v23s2/original9.pdf>
- » Clavería Fontán A, Puñal Rioboó. Cirugía bariátrica en Diabetes tipo 2 con IMC \geq 30 kg/m². Axencia de avaliación de tecnoloxías sanitarias de Galicia; 2010.
- » Colquitt JL, Pickett K, Loveman E, Frampton GK. Cirugía para la Obesidad [internet]. Cochrane, 2014. Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD003641/ENDOC_cirugia-para-la-obesidad
- » Mediavilla Bravo JJ. Diabetes práctica. Cirugía metabólica. Congreso de la American Diabetes Association 2011.
- » Van Veldhuisen SL, Gorter TM, Van Woerden G, de Boer RA, Rienstra M, Hazebroek EJ, et al. Bariatric surgery and cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. Eur Heart J. 2022; 43 (20): 1955-1969. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35243488/>
- » Cabello Díaz M, Ventura P, Álvarez González A. Nefrología al día. Trasplante de Riñón y Páncreas. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/238>