



Endocrinología, Diabetes y Nutrición



P-174 - EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON SEMAGLUTIDE SC: ARGLP1 NAÏVE VS. ARGLP1 ACTIVO – SWITCH. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO A MEDIO PLAZO

L. Tejedo Flors^a, C. Pardo Ruiz^b, T. Arguello Gordillo^a, R. Sánchez Ortiga^a, S. Serrano Corredor^a, A. Picó Alfonso^{a,3} y Ó. Moreno Pérez^{a,3}

^aSección de Endocrinología, Hospital General Universitario de Alicante-ISABIAL. ^bSección de Endocrinología, Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy. ^cDepartamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández.

Resumen

Introducción: La eficacia y seguridad de semaglutida semanal sc (SEMA) se ha investigado en un extenso programa de desarrollo clínico en DM2. Sin embargo, existe limitada evidencia en “vida real” de su impacto clínico ante la presencia o no de otros aRGLP1 en la terapia de base.

Objetivos: Analizar la efectividad de SEMA, en pacientes DM2 en función de la terapia incretínica de base (naïve aRGLP1 vs aRGLP1 activo – switch) a los 3-6 meses, 6-12 meses y 18-24 meses; analizar la seguridad (eventos adversos, retirada).

Material y métodos: Estudio retrospectivo, no intervencionista. Criterios de inclusión: pacientes ≥ 18 años con DM2, FGe ≥ 15 ml/min/1,73 m² con instauración de SEMA. Variable de resultado principal: cambio en la HbA_{1c} (%), peso (kg). Variables de resultado secundarios: eventos adversos, retirada. Estadística: descriptivo, Wilcoxon (datos apareados), U de Mann-Whitney; SPSS v 19.0.

Resultados: 244 pacientes, 50,4% hombres, edad $61,4 \pm 11$ años, evolución DM $12,4 \pm 7,7$ años; IMC $34,9$ [31-39] kg/m², HbA_{1c} $7,8$ [7-8,5]%; FG 79 [56-90*] ml/min/1,73, 36,5% enfermedad renal diabética, RAC > 30 20,5%. Prevención primaria CV 88%. En un 61,3% su terapia de base contenía un aRGLP1 (LIRA 71%, DULA 23%, EXEN 6%) y un 52% insulinoterapia. Dosis de mantenimiento de SEMA 0,5 en un 60,3%. Prescripción por ECR 85,2%, MFyC 12,7%. De forma global, descenso HbA_{1c} $0,6$ [0-1,3]% (p 0,001) a los 3-6 meses, $0,7$ [0,3-1,4]% (p 0,001) a los 6-12 meses, $0,8$ [0,02-1,6]% (p 0,001) a los 18-24 meses. Descenso de peso $2,7$ [0,4-5] kg (p 0,001) a los 3-6 meses, $4,2$ [0,4-7,3] Kg (p 0,001) a los 6-12 meses, $5,4$ [3,6-14,4] Kg (p) a los 18-24 meses. El estudio de subpoblaciones mostró: A los 3-6 meses descenso de HbA_{1c} de 1 [0,5-1,7]% (aRGLP1 naïve) vs $0,3$ [0,1-0,9]% (aRGLP1 activo – switch) (p 0,001); descenso de peso $3,5$ [1-8] Kg (aRGLP1 naïve) vs 2 [0-4,5] Kg (aRGLP1 activo – switch) (p = 0,019). A los 6-12 meses descenso de HbA_{1c} de $0,8$ [0,4-1,9]% (aRGLP1 naïve) vs $0,7$ [0,1-1,1]% (aRGLP1 activo – switch) (p = 0,118); descenso de peso $5,35$ [1,3-10] Kg (aRGLP1 naïve) (p) vs $3,9$ [0,15-7]Kg (aRGLP1 activo – switch) (p = 0,498). A los 18-24 meses descenso de HbA_{1c} de $0,8$ [0,07-1,6]% (aRGLP1 naïve) vs $0,85$ [0,025-1,6] (aRGLP1 activo – switch) (p = 0,833); descenso de peso 10 [3,7-25] Kg (aRGLP1 naïve) (p) vs $5,2$ [3,5-8] Kg (aRGLP1 activo – switch) (p = 0,318). En 21 pacientes se suspendió SEMA (11 por intolerancia digestiva, 3 por pérdida peso excesiva, 6 por reticencias – falta de información paciente, 1 por progresión retinopatía).

Conclusiones: En “vida real” y medio plazo en pacientes con DM2, SEMA conlleva una mejoría del control metabólico y del peso, tanto en pacientes *naïve* para aRGLP1 (mayor beneficio), como en pacientes en los que se realiza un *switch* desde otros aRGLP1.