



P-097 - ¿SE REQUIERE QUE LAS PREDIABETES ALCANCEN UN ESTADO DE DIABETES DESCONTROLADA PARA OBTENER UN TRATAMIENTO ASEQUIBLE PARA LA OBESIDAD?

V. Pérez de Arenaza Pozo, J. Cárdenas Salas, B.L. Luca, C. Martín Márquez, R.M. Sierra Poyatos, C. Casado Cases, M.C. Sánchez Chiriboga, C. Luengo Álvarez de Buergo, B. Baraia Etxaburu Astigarraga y C. Vázquez Martínez

Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

Resumen

Introducción: En el tratamiento de la obesidad destacan los análogos de GLP-1, fármacos no cubiertos por el Sistema Nacional de Seguridad Social español. A pesar de haber una creciente necesidad de tratamiento, se encuentra muy restringido por el precio. El objetivo de nuestro estudio es analizar a aquellos pacientes de nuestra cohorte que cesasen el tratamiento con liraglutida por razones económicas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo-descriptivo de cohorte de 226 pacientes seguidos durante 36 meses tratados con liraglutida, dieta y ejercicio. Analizamos el porcentaje de abandono y sus razones, enfocándonos en aquellos que por razones económicas suspendiesen el tratamiento. Evaluaremos la evolución antropométrica durante el tratamiento hasta el cese.

Resultados: Se incluyeron 226 pacientes, el 77,8% mujeres, con una edad de $52,3 \pm 11,9$ años. El peso inicial fue de $101,7 \pm 21,1$ kg y el IMC de $37,5 \pm 6,1$ kg/m². La dosis máxima de liraglutida de 3,0 mg se consiguió solo en el 26,6% principalmente por razones económicas. El 50% suspendió liraglutida por no alcanzar el objetivo de peso, dificultad para costearlo o efectos adversos. Entre los abandonos por razones económicas, el 67% eran mujeres, el resto varones; con una edad media de 51 años, destacando entre sus antecedentes la prediabetes (55,6%), hipertensión (33%), SAHS (33%) y dislipemia (21%). Los participantes partieron con un IMC inicial medio de $34,75 \pm 4,75$ kg/m², un porcentaje de grasa del $44,24 \pm 6,2\%$, y una masa muscular de $27,9 \pm 6,67$ Kg. Además, presentaron una presión arterial media de 134/86 mmHg, HbA_{1c} de $5,48 \pm 0,31\%$, un colesterol total de 196 ± 47 mg/dl y LDL de $110,3 \pm 48$ mg/dl. Ninguno realizaba actividad física. Tras el cese del tratamiento, el IMC mínimo medio alcanzado fue de $29,68 \pm 4,13$ kg/m², mejorando a nivel antropométrico: porcentaje de grasa medio de $32,9 \pm 7\%$ y una masa muscular de $28,1 \pm 5$ Kg. En relación con las comorbilidades, presentaron una presión arterial media de 121/77 mmHg, HbA_{1c} de $5,17 \pm 0,24\%$, un colesterol total de 165 ± 25 mg/dl y LDL de 96 ± 32 mg/dl. Además, el 43% llevaba a cabo ejercicio aeróbico o anaeróbico.

Conclusiones: Estos hallazgos concuerdan con los resultados de los agonistas del GLP-1 en la literatura, evidenciando mejoras antropométricas, glucémicas y de las comorbilidades. La literatura describe una mayor tasa de obesidad entre las personas con bajo poder adquisitivo, aumentando así su riesgo cardiovascular. A pesar de la eficacia de los agonistas del GLP-1, su inaccesibilidad económica limita la continuidad del tratamiento limitando sus beneficios. Este escenario plantea interrogantes éticos sobre la equidad en el acceso al tratamiento de la obesidad. El estudio subraya la necesidad de concienciar a los profesionales médicos sobre la disparidad económica en el acceso al tratamiento, enfatizando la importancia de abordar esta

inequidad desde una perspectiva clínico-social. ¿Debemos esperar a que el 60% de esas prediabetes con bajo poder adquisitivo se conviertan en diabetes descontroladas para beneficiarse de estos tratamientos con el riesgo cardiovascular que supone?