Rev Clin Esp. 2020;220(Espec Congr):4

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

D-013 - SEGURIDAD A 52 SEMANAS DE LA COMBINACIÓN ARGLP1 E ISGLT2 EN PACIENTES DE MEDICINA INTERNA

J. Carretero Gómez[1], J. Arévalo Lorido[1], J. Seguí Ripoll[2], L. Mateos Polo[3], J. Varela Aguilar[4], J. Carrasco Sánchez[5] y J. Ena Muñoz[6]

[1]Medicina Interna. Hospital de Zafra. Zafra (Badajoz). [2]Medicina Interna. Hospital Clínico San Juan. San Juan de Alicante (Alicante). [3]Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca. [4]Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla. [5] Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Huelva. Huelva.[6]Medicina Interna. Hospital de la Marina Baixa. Villajoyosa (Alicante).

Resumen

Objetivos: Analizar la seguridad al año del tratamiento combinado agonistas del receptor del GLP1 (arGLP1) e inhibidores del cotransportador sodio/glucosa (iSGLT2) en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

Material y métodos: Incluimos pacientes consecutivamente en un registro prospectivo y multicéntrico. Analizamos variables antropométricas, analíticas, adherencia al tratamiento, causas de reingreso y fallecimiento, efectos secundarios y motivo suspensión. Los datos se expresan mediante media y desviación estándar. Las diferencias se analizan con T-Student para datos pareados.

Resultados: De 222 pacientes incluidos en el registro analizamos 122. 46,7% mujeres, edad media 61,6 ± 9,5 años. En la tabla 1 se presentan las comorbilidades y tratamiento. La tabla 2 muestra la evolución antropométrica y analítica. Efectos secundarios con iSGLT2: infecciones del tracto urinario (ITUs) 22,1%, candidiasis genital 3,3%, hipoglucemias 2,5%. NO suspendieron el tratamiento 110 pacientes (90,2%) y 12 (9,8%) SI: 4 por ITU (3,3%), 2 por micosis genital (1,6%) y 6 por otras causas. No suspensiones por hipotensión o amputaciones. El efecto secundario con arGLP1 que motivó su suspensión (9,1%) fueron las náuseas: 7(5,7%). Otros (3,4%): cirugía bariátrica, no adherencia y buen control metabólico (2). El 90,9% NO suspendió el tratamiento. No suspensiones por hipoglucemias (54,6% insulinizados). 3 fallecimientos: 2 ICC y uno CI. 25 reingresos (20,5%): 8 por Enfermedad cardiovascular (ECV), 4 por ICC y 13 por otras causas: absceso peneano, sepsis urológica, cáncer de vejiga, tromboembolismo pulmonar y úlcera venosa en piernas.

Tabla 1: Características basales	
Variable	**Resultado**
N	122
Edad	61.6 +/-9.5
Sexo (mujer)	57 (46.7%)
Tabaco	22 (18%)
Hipertensión	108 (88%)
Dislipemia	99 (81%)
Cardiopatia	26 (21.3%)
Insuficiencia	21 (17.2%)
Canagliflozina	56 (45.9%)
Dapagliflozina	31 (25.4%)
Empagliflozina	23 (18.8%)
Metformina	108 (88.5%)
Exenatide LAR	8 (6.5%)
Lixixenatide	7 (5.7%)
Liraglutide	72 (59%)
Dulaglutide	38 (31%)
Insulina	66 (54.1%)

Tabla 2. Evolución variables al año				
Variable	**Inicio**	**1 año**	**Diferencia**	**p**
Peso	102+17	93.7+16	8.4 (6.4-10.3)	0.0000
IMC	38.3+7.1	35.2+5.8	3.2 (2.4-3.9)	0.0000
eGFR	83.5+19.4	80.7+23.3	2.86 (-0.16 - 5.88)	0.06
HbA1c	8.2+0.9	6.9+1.04	1.2 (0.99-1.4)	0.0000
Glucemia basal	171.6+58.3	132.2+43.6	39.4 (26.7-52.1)	0.0000

IMC: Indice de Masa Corporal. eGFR: estimación del filtrado glomerular mediante la formula CKD-EPI.

Discusión: La principal causa de ingreso, reingreso y mortalidad de los pacientes con DM2 es la ICC y ECV. Las guías promueven el uso de regímenes farmacológicos con efecto beneficioso sobre ambas. La combinación de arGLP1 e iSGLT2 en pacientes de Medicina Interna, añosos (61,6+/-9,5 años) y con multicomorbilidad (HTA, dislipemia, obesidad, ECV e ICC) es efectiva en control metabólico (HbA1c -1,2 (0,99-1,4)) y peso corporal (-8,4 (6,4-10,3)), además de segura tanto por efectos adversos y suspensiones (9,8% y 9%) como por reingresos por ECV-ICC (10%) o mortalidad a 52 semanas (2,5%).

Conclusiones: Nuestros resultados apoyan el efecto beneficioso cardiovascular de ambas familias terapéuticas en el mundo real, especialmente en pacientes de Medicina Interna añosos y con multicomorbilidad.

Bibliografía

1. Carretero Gómez J, et al. Can J Diabetes. 2019;43:186-92.

0014-2565 / © 2020, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.