



4013-3. AR-GLP1 EN CARDIOLOGÍA: ¿SEGUIMOS LAS RECOMENDACIONES? DATOS REALES Y CONCLUSIONES

David González Calle¹, Ana Laffond¹, María Sánchez Ledesma², Fabián Blanco Fernández¹, Sergio López Tejero¹, Pablo José Antúnez Muiños¹ y Pedro Luis Sánchez-Fernández²

¹Hospital Universitario de Salamanca y ²Universidad de Salamanca.

Resumen

Introducción y objetivos: Los análogos de GLP-1 (aGLP-1) son un grupo de fármacos que han mostrado beneficio cardiovascular en términos de reducción de eventos y mortalidad, en pacientes con diabetes mellitus (DM) tipo 2. Así, las guías de práctica clínica recomiendan su empleo en pacientes con DM con alto riesgo cardiovascular, figurando en algoritmos recientes como fármacos de primera línea. El objetivo de este estudio es evaluar la aplicación de las recomendaciones actuales de prevención secundaria en pacientes con DM2, mediante el estudio de la prescripción de estos fármacos en nuestro medio.

Métodos: Se analizaron los pacientes con revascularización percutánea por infarto de miocardio entre los años 2020 y 2021. De ellos, se analizaron 544 pacientes que cumplían las premisas de DM2 y obesidad (IMC > 30). Se extrajeron los datos de prescripción de liraglutida, semaglutida y dulaglutida en este grupo de pacientes.

Resultados: Entre enero de 2020 y diciembre de 2021, 1.894 pacientes ingresaron por infarto de miocardio. La edad media fue de 74,2 años y el 38,5% eran mujeres. La prevalencia de DM2 en estos pacientes fue del 39,2%, de los cuales el 72% presentaban un IMC $\geq$ 30 kg/m². El 6% de los pacientes con DM2 e infarto de miocardio recibieron aGLP-1, semaglutida (33 pacientes), de los que el 99,8% presentaban un IMC $\geq$ 30 kg/m². De los pacientes a los que se prescribió semaglutida, se alcanzó la dosis de 1 mg semanal en un 42% de los pacientes a lo largo del seguimiento (11,2 meses de media).

Conclusiones: La prescripción de aGLP-1 en pacientes con DM2 y muy alto riesgo cardiovascular es baja. Las limitaciones condicionadas por los visados de la inspección, como el límite del IMC, pueden justificar, aunque solo en parte, que estos pacientes no reciban estos fármacos con beneficio cardiovascular probado. La optimización de dosis es aún peor, siendo un elemento a identificar y tratar de resolver mediante una correcta comunicación entre hospitalización y atención continuada.