



EXPERIENCIA CON EL USO DE SEMAGLUTIDA EN PACIENTES CON SÍNDROME CARDIORRENAL (SCR) SEGUIDOS EN UNA UNIDAD CARDIORRENAL (UCR)

María Marques Vidas, Silvia Crespo*, Marta Cobo*, Esther Monetro’, Juan C López Azor*, Julia González*, J Segovia*, J Portolés

S de Nefrología, S de Cardiología * y S de M Interna ’ H. U Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.

INTRODUCCIÓN

Los agonistas del receptor GLP-1 tienen efectos protectores cardiorrenales más allá del control glucémico y tamdel efecto beneficioso sobre la pérdida de peso, lo cual es probablemente un elemento facilitador en la protección renal y cardíaca de pacientes con IMC elevado. Los pacientes con síndrome cardiorrenal a menudo son considerados como casos particularmente complejos, lo que puede llevar a la subutilización de ciertos grupos terapéuticos.

MÉTODOS

Análisis retrospectivo en la vida real realizado en pacientes que recibieron semaglutida mientras estaban en seguimiento en la Unidad de Cardiorrenal del HUPH

- Periodo: 21 de enero al 22 de diciembre 2022.
- Tiempo de seguimiento: 6 meses.
- Criterios de exclusión: tratamiento previo con agonistas del receptor GLP-1, terapia de reemplazo renal.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio fue analizar el uso de semaglutida en pacientes seguidos en la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Universitario Puerta de Hierro para evaluar la eficacia del fármaco en el control glucémico y de peso, así como su perfil de seguridad.

PACIENTES

	TOTAL (n 41)	Semaglutida sbc (n 27)	Semaglutide (n 14)	P
Edad	68.6 (DE11.3)	67.7 (DE 11.9)	70.4 (DE 10.3)	0.47
Valores (%)	80.5	81.5	78.6	1.00*
FEVi				0.49
Reducida	12 (29.3%)	8 (29.6%)	4 (28.6%)	
Moderadamente reducida	10 (24.4%)	8 (29.6%)	2 (14.3%)	
preservada	19 (46.3%)	11 (40.7%)	8 (57.1%)	
DM2 (n,%)	33 (80.5%)	23 (85.2%)	10 (71.4%)	0.4*
HTa (%)	80.5	77.8	85.7	0.6*
Dislipemia (%)	41	27	14	0.3*
Enf CV				
C Isq	19 (46%)	12 (44%)	7(50%)	0.7
ICTUS	2 (4.9%)	2 (7.4%)	0 (0%)	0.5*
EAP	5 (12%)	2 (7.4%)	3(21.4%)	0.3*
IMC>30 kg/m²		34.8 (DE 8.0)	34.0 (DE 4.0)	0.7
eTFGe (CKD-EPI) mL/min/173m2	47.9 (DE 22.6)	50.9 (DE 23.8)	47.0 (DE 21.2)	0.6
UACR (mg/g)	45.5 (DE 46)	253.6 (DE 342.5)	88.4 (DE 114.5)	0.2
HbA1C%	7.2 (1.3)	7.1 (DE 1.4)	7.5 (DE 1.0)	0.3

*Prueba exacta de Fisher

EFFECTOS METABOLICOS Y RENALES DEL TRATAMIENTO CON SEMAGLUTIDE

	TOTAL (n 41)	Semaglutida sbc (n 27)	Semaglutide oral (n 14)	P
Perdida de peso(kg)	4.9 (DE 7.3) p 0.001†	4.7 (DE 8.8)	5.4 (DE 4.2)	0.8
ΔHbA1C%	0.6 (DE 1.0) p 0.001†	0.54 (DE 1.1)	0.9 (0.6)	0.3
ΔPAS (mmHG)	11,1 (18) p 0.007†	8.6 (DE 19.3)	16.2 (DE 16.9)	0.3
ΔPAD (mmHg)	1.7 (12.3) p 0.5†	2.6 (DE 12.3)	0.1 (DE 12.8)	0.6
Δ TFGe (mL/min/173m²)	1.1 (DE 13) p 0.5†	1.3 (DE 14.9)	0.7 (DE 8.6)	0.9
ΔUACR (mg/g)	-26.4 (DE 89.8) p 0.3†	28.6 (DE 101.0)	24.7 (89.3)	0.9

†Comparación basal versus final en toda la población

EFFECTOS ADVERSOS

	TOTAL (n 41)	Semaglutida sbc (n 27)	Semaglutida oral (n 14)	P
Cualquier EA (%)	9 (22.0)	2 (7.4)	7 (50)	0.004
Discontinuación n(%)	6 (14.6)	3 (11.1)	3 (21.4)	0.393

CONCLUSIONES

Concluimos que la semaglutida en ambas formulaciones es una excelente opción para el control glucémico y de peso en pacientes con síndrome cardiorrenal, con una mejora significativa adicional en el control de la presión arterial y un buen perfil de seguridad en esta población especial

BIBLIOGRAFÍA

Granhall, C., Søndergaard, F. L., Thomsen, M., & Anderson, T. W. (2018). Pharmacokinetics, Safety and Tolerability of Oral Semaglutide in Subjects with Renal Impairment. *Clinical Pharmacokinetics*, 57(12), 1571–1580.

Husain, M., Birkenfeld, A. L., Donsmark, M., Dungan, K., Eliaschewitz, F. G., Franco, D. R., Jeppesen, O. K., Lingvay, I., Mosenzon, O., Pedersen, S. D., Tack, C. J., Thomsen, M., Vilsbøll, T., Warren, M. L., & Bain, S. C. (2019). Oral Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. *New England Journal of Medicine*, 381(9), 841–851

