

Manejo preoperatorio de pacientes en tratamiento con análogos GLP-1: ¿suspender o individualizar?



Hemos leído con el máximo interés la excelente revisión realizada por Barrientos-Ávalos et al.¹ en la revista que usted dirige, en la cual se enfatiza cómo los diferentes tratamientos para la diabetes mellitus (DM) pueden ocasionar efectos adversos gastrointestinales significativos. Uno de los que se menciona de forma más detallada es el retraso del vaciamiento gástrico relacionado con los análogos del receptor del péptido similar al glucagón 1 (aGLP-1). Estos fármacos, cuya prescripción a nivel mundial ha superado todas las previsiones, han revolucionado el tratamiento de la DM y la obesidad. Nos gustaría hacer una aportación a la revisión, referente a un riesgo asociado a este retraso del vaciamiento gástrico que plantea desafíos importantes en contextos perioperatorios y endoscópicos.

Los aGLP-1, al retrasar el vaciado gástrico, aumentan la probabilidad de que el contenido gástrico residual persista incluso después de un periodo estándar de ayuno, lo cual podría incrementar el riesgo de aspiración pulmonar durante procedimientos bajo sedación profunda o anestesia general. En este sentido, un estudio reciente analizó más de 900.000 procedimientos endoscópicos, observando un incremento significativo en el riesgo de neumonía por aspiración en pacientes en tratamiento con aGLP-1 frente a los no usuarios (HR 1.33; IC 95% 1.02-1.74; $p=0.036$)². Como consecuencia de este y otros estudios preliminares, la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA) publicó recientemente una guía de recomendaciones que sugiere suspender los aGLP-1 antes de un procedimiento endoscópico o quirúrgico para disminuir el riesgo de aspiración (7 días para las formulaciones semanales y 24 horas para las dosis orales diarias)³. Este enfoque, desde nuestro punto de vista conservador, pretende responder al riesgo potencial de aspiración y sus posibles consecuencias catastróficas. Sin embargo, estas recomendaciones no han encontrado respaldo entre los gastroenterólogos. La suspensión de los aGLP-1 dificulta el control clínico de la diabetes y la obesidad, puede afectar a la adherencia al tratamiento e incrementa el riesgo de descompensación metabólica. De hecho, la Asociación Americana de Gastroenterología (AGA) publicó recomendaciones evitando generalizaciones que puedan retrasar procedimientos sin una justificación clara, documento avalado por un posicionamiento multisociedad⁴. Además, algunas publicaciones recientes no observan un incremento significativo del riesgo de aspiración en sujetos que no han suspendido los aGLP-1, siempre y cuando observen un periodo de ingesta exclusiva de líquidos más amplio del convencional⁵.

La evidente falta de consenso sobre cómo manejar a los pacientes en tratamiento con aGLP-1 que requieren procedimientos endoscópicos subraya la necesidad de estudios prospectivos que evalúen no solo el riesgo de aspiración, sino también la efectividad de diferentes estrategias de manejo. La evidencia actual respalda un enfoque personalizado que equilibre los riesgos asociados con el contenido gástrico residual frente a las implicaciones de suspender el tratamiento. Hasta que se dispongan de estos estudios, se ha publicado un documento de posicionamiento de las 5 sociedades norteamericanas más importantes involucradas en el cuidado

de estos pacientes, que respaldan el ayuno prolongado, la dieta líquida, la ecografía gástrica y, especialmente, la individualización del riesgo para evitar la cancelación masiva de procedimientos⁶.

Financiación

Ninguna.

Consideraciones éticas

Al tratarse de una carta al editor que no incluye datos de pacientes ni resultados de investigación con sujetos humanos o animales, consideramos que no es necesaria la aprobación por parte de un comité de ética ni el consentimiento informado.

Conflicto de intereses

Declaramos que no existen conflictos de intereses económicos, laborales, personales o profesionales que puedan influir en el contenido o la interpretación de la información presentada en esta carta.

Referencias

1. Barrientos-Ávalos JR, Morel-Cerda EC, Félix-Téllez FA, et al. Gastrointestinal adverse effects of old and new antidiabetics: How do we deal with them in real life? *Rev Gastroenterol Mex.* 2024;89:521–32, <http://dx.doi.org/10.1016/J.RGMXEN.2024.10.008>.
2. Yeo YH, Gaddam S, Ng WH, et al. Increased risk of aspiration pneumonia associated with endoscopic procedures among patients with glucagon-like peptide 1 receptor agonist use. *Gastroenterology.* 2024;167:402–4, <http://dx.doi.org/10.1053/J.GASTRO.2024.03.015>, e3.
3. Ushakumari DS, Sladen RN. ASA Consensus-based guidance on preoperative management of patients on glucagon-like peptide-1 receptor agonists. *Anesthesiology.* 2024;140:346–8, <http://dx.doi.org/10.1097/ALN.0000000000004776>.
4. Hashash JG, Thompson CC, Wang AY. AGA Rapid clinical practice update on the management of patients taking GLP-1 receptor agonists prior to endoscopy: communication. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2024;22:705–7, <http://dx.doi.org/10.1016/J.CGH.2023.11.002>.
5. Singh S, Rahman SH, Khan N, et al. Effects of glucagon-like peptide-1 receptor agonists on endoscopy outcomes: A systematic review & meta-analysis. *Gastrointest Endosc.* 2024, <http://dx.doi.org/10.1016/J.GIE.2024.10.011>.
6. Kindel TL, Wang AY, Wadhwa A, et al. Multisociety clinical practice guidance for the safe use of glucagon-like peptide-1 receptor agonists in the perioperative period. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2024, <http://dx.doi.org/10.1016/J.CGH.2024.10.003>.

J. Crespo* y P. Iruzubieta

Departamento de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Grupo de Investigación Clínica y Traslacional en Enfermedades del Aparato Digestivo, IDIVAL, Santander, España

*Autor para correspondencia. Departamento de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, 39008, Cantabria, España.
 Correo electrónico: javiercrespo1991@gmail.com
 (J. Crespo).

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2024.11.010>
 0375-0906/ © 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología.
 Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Respuesta a Crespo et al., «Manejo preoperatorio de pacientes en tratamiento con análogos GLP-1: ¿suspender o individualizar?»



Response to Crespo et al., regarding 'Preoperative management of patients receiving treatment with GLP-1 analogues: Withhold or individualize?'

Agradecemos sinceramente el valioso comentario enviado por el Dr. Crespo et al., en relación con nuestra publicación sobre los efectos adversos gastrointestinales de los antidiabéticos, en particular los análogos del receptor del péptido similar al glucagón-1 (aGLP-1). Estos fármacos han generado un creciente interés debido a sus múltiples mecanismos de acción, que incluyen el efecto incretina con aumento de la secreción de insulina por las células beta, la mejora en la sensibilidad a la insulina, la reducción de la secreción de glucagón y la disminución de la ingesta alimentaria mediante la inducción de saciedad¹. Sus observaciones sobre las implicaciones perioperatorias y endoscópicas del retraso del vaciamiento gástrico inducido por estos agentes destacan por su relevancia clínica, constituyendo un aspecto que merece una atención particular en la práctica médica y la investigación futura.

Los aGLP-1 han revolucionado el tratamiento de la diabetes mellitus (DM) y la obesidad, posicionándose como una de las terapias más efectivas y utilizadas a nivel mundial. Sin embargo, su capacidad para retrasar el vaciamiento gástrico plantea riesgos clínicos significativos, especialmente en procedimientos que requieren sedación profunda o anestesia general. Como señala correctamente el remitente, estudios recientes han asociado el uso de aGLP-1 con un mayor riesgo de neumonía por aspiración durante procedimientos endoscópicos² y en este rubro ha crecido la evidencia poco a poco. Una cohorte retrospectiva recientemente también reafirmó que el uso de aGLP-1 se asoció con un pequeño pero significativo riesgo de neumonitis por aspiración en pacientes diabéticos sometidos a una endoscopia digestiva alta electiva³.

Sin embargo, también hay evidencia contradictoria, como lo publicado por Barlowe et al., donde en su cohorte retrospectiva analizan 6,806,046 procedimientos en pacientes adultos con DM sometidos a endoscopia digestiva alta ambulatoria entre 2005 y 2021. Los principales hallazgos de este estudio muestran que los eventos pulmonares adversos después de la endoscopia digestiva alta son raros, con una incidencia que varía entre 6 y 25 eventos por cada 10,000 procedimientos. Al comparar los aGLP-1 con los inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 (iDPP4), los riesgos relativos

crudos fueron los siguientes: aspiración (0.67; IC del 95%: 0.25-1.75), neumonía por aspiración (0.95; IC del 95%: 0.40-2.29), neumonía (1.07; IC de 95%: 0.62-1.86) y fallo respiratorio (0.75; IC del 95%: 0.38-1.48)⁴. Estos datos son similares a otro estudio de cohorte comparativo donde no se observó un aumento en el riesgo de aspiración pulmonar durante la endoscopia digestiva alta en adultos con DM que usaban aGLP-1 en comparación con otros medicamentos⁵.

Un metaanálisis de 13 estudios que incluyó a 84,065 pacientes encontró que el uso de aGLP-1 se asocia con una mayor retención de contenido gástrico y procedimientos abortados con mayor frecuencia durante la endoscopia digestiva alta. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en las tasas de aspiración entre los usuarios y los no usuarios de aGLP-1⁶.

La recomendación de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA) de suspender los aGLP-1 antes de procedimientos quirúrgicos o endoscópicos es un enfoque prudente basado en la evidencia preliminar disponible⁷. Sin embargo, como bien señala el remitente, esta recomendación ha generado controversia en la práctica clínica gastroenterológica. La Asociación Americana de Gastroenterología (AGA) ha enfatizado la necesidad de evitar generalizaciones que puedan comprometer la atención de los pacientes en base a la evidencia actual⁸.

Estamos de acuerdo con lo comentado por Crespo et al., y nos parece especialmente relevante resaltar que estudios recientes han propuesto estrategias alternativas, como el ayuno prolongado y la dieta líquida previa al procedimiento, para minimizar el contenido gástrico residual sin necesidad de suspender los aGLP-1⁹. Por otro lado, en caso de estrategia de suspensión de tratamiento con estos fármacos previamente a la endoscopia, de acuerdo a las recomendaciones actuales, el manejo de la glucosa en el período perioperatorio implica la evaluación del control glucémico antes de la cirugía, un manejo preoperatorio adecuado de las terapias hipoglucemiantes y el monitoreo repetido de la glucosa en sangre el día de la cirugía, y en este escenario, las tecnologías novedosas para el manejo de la diabetes, como el monitoreo continuo de glucosa, las bombas de insulina y los sistemas de control de glucosa en circuito cerrado, están siendo consideradas para abordar necesidades no cubiertas en la atención perioperatoria de la diabetes¹⁰. Finalmente, todos estos enfoques requieren validación adicional, pero representan una alternativa prometedora para equilibrar el control metabólico y el riesgo perioperatorio.

En base a lo anterior, planteamos estas posibles líneas de investigación futuras:

1. *Estudios prospectivos multicéntricos:* Para evaluar el riesgo real de aspiración y complicaciones respiratorias en pacientes tratados con aGLP-1 sometidos a pro-