



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



CARTA AL EDITOR

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 anti-diabéticos, 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

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2024.12.002>

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/>).

Cómo citar este artículo: J.A. Velarde-Ruiz Velasco, J.R. Barrientos-Ávalos and E.C. Morel-Cerda, Respuesta a Crespo et al., «Manejo preoperatorio de pacientes en tratamiento con análogos GLP-1: ¿suspender o individualizar?», Revista de Gastroenterología de México, <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2024.12.002>

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 procedimientos endoscópicos bajo diversas estrategias de manejo preoperatorio.
2. *Evaluación con ecográfica gástrica*: Explorar el papel de la ecografía gástrica como herramienta predictiva del riesgo de aspiración en este grupo de pacientes.
3. *Modelos de predicción de riesgos*: Desarrollar algoritmos de estratificación de riesgos para guiar decisiones individualizadas sobre la suspensión o mantenimiento de los aGLP-1 en el contexto perioperatorio.
4. *Impacto metabólico de la suspensión temporal*: Investigar las consecuencias metabólicas de suspender temporalmente los aGLP-1, incluyendo la posible descompensación diabética y la adherencia a largo plazo.

Confiamos en que este debate fomente nuevas investigaciones y guíe la creación de recomendaciones basadas en evidencia sólida. Agradecemos nuevamente al Dr. Crespo et al., por su perspicaz aportación, que subraya un desafío clínico emergente con implicaciones significativas para la práctica interdisciplinaria.

Financiación

Los autores declaran que no se recibió ningún tipo de financiamiento para este estudio.

Consideraciones éticas

Los autores de este trabajo declaramos que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales. En tanto, no hay conflictos sobre confidencialidad, ya que en este artículo no aparecen datos de pacientes. Además, debido a que no se utilizaron datos de personas ni pacientes, no se requirió de consentimientos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés.

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, <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. Al Sakka Amini R, Ismail AS, Al-Aqrabawi M, et al. Risk of aspiration pneumonitis after elective esophagogastroduodenoscopy in patients on glucagon-like peptide-1 receptor agonists. *Cureus.* 2024;16:e66311, <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.66311>.
4. Barlowe TS, Anderson C, Sandler RS, et al. Glucagon-like peptide-1 receptor agonists do not increase aspiration during upper endoscopy in patients with diabetes. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2024, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2024.04.038>.
5. Alkabbani W, Suissa K, Gu KD, et al. Glucagon-like peptide-1 receptor agonists before upper gastrointestinal endoscopy and risk of pulmonary aspiration or discontinuation of procedure: cohort study. *BMJ.* 2024;387:e080340, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj-2024-080340>.
6. Facciorusso A, Ramai D, Dhar J, et al. Effects of glucagon-like peptide-1 receptor agonists on upper gastrointestinal endoscopy: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2024, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2024.07.021>.
7. 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>.
8. 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>.
9. 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>.
10. Vogt AP, Bally L. Perioperative glucose management: Current status and future directions. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2020;34:213-24, <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpa.2020.04.015>.

J.A. Velarde-Ruiz Velasco^{a,b,*}, J.R. Barrientos-Ávalos^{a,c} y E.C. Morel-Cerda^b

^a *Departamento de Clínicas Médicas, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México*

^b *Servicio de Gastroenterología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco, México*

^c *Servicio de Endocrinología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco, México*

* Autor para correspondencia. Calle Mariano Bárcenas 1164, Colonia Miraflores, C.P 44260. Guadalajara, Jal. México. Teléfono: 3312228507.

Correo electrónico: velardemd@yahoo.com.mx (J.A. Velarde-Ruiz Velasco).