



Semaglutida: un nuevo y grave riesgo creciente

Semaglutide: a new and serious growing risk

Dr. Baruvi Gaytán-Fernández*

Citar como: Gaytán-Fernández B. Semaglutida: un nuevo y grave riesgo creciente. Rev Mex Anesthesiol. 2025; 48 (4): 283-284.
<https://dx.doi.org/10.35366/121407>

Palabras clave:

semaglutida,
retraso en el
vaciamiento gástrico,
broncoaspiración,
agonistas del receptor
del péptido similar al
glucagón tipo 1, anestesia
general, sedación.

Keywords:

*semaglutide, retardation
of gastric emptying,
pulmonary aspiration,
glucagon-like peptide-1
receptor agonist, general
anesthesia, sedation.*

Abreviaturas:

ASA = American Society of Anesthesiologists
ERC = enfermedad renal crónica
DM2 = diabetes mellitus tipo 2
GLP-1 = péptido similar al glucagón tipo 1

Estimado editor:

Semaglutida es un nuevo fármaco que pertenece al grupo de los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1). Se distribuye en dos presentaciones: oral que se administra diariamente, y subcutánea que precisa sólo una administración semanal. Su acción estimula la secreción pancreática de insulina dependiente de la glucosa, inhibe al glucagón y reduce eficazmente la glucohemoglobina, también tiene un efecto positivo en la presión arterial y el perfil lipídico. Por tal razón, este fármaco ha sido incluido en el tratamiento para la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en varios protocolos multicéntricos e internacionales como SUSTAIN (*Subjects Semaglutide Added to Basal Insulin in Type 2 Diabetes*) o PIONEER (*Peptide Innovation for Early Diabetes Treatment*) obteniendo resultados satisfactorios, con la consecuente popularización de su uso a nivel mundial⁽¹⁾.

Este fármaco también ha sido estudiado en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) y en pacientes con riesgo cardiovascular elevado, demostrando su eficacia para reducir la incidencia de eventos renales y cardiovasculares clínicamente significativos en pacientes con y sin DM2. Estos hallazgos fortalecen la evidencia para su uso en el manejo del síndrome cardiovascular-renal-metabólico⁽²⁾. Incluso se ha reportado que la administración de semaglutida

durante 24 semanas puede reducir la albuminuria en pacientes con sobrepeso/obesidad y ERC no diabética⁽³⁾. En las cardiopatías sin patología renal agregada, ha demostrado aumentar la fuerza de contractilidad auricular a dosis terapéuticas⁽⁴⁾.

A recientes fechas, el uso de semaglutida se ha popularizado significativamente en la población general, pero paradójicamente no ha sido por los beneficios recién mencionados, sino por su *efecto reductor de peso corporal*. Esta información se ha difundido y «viralizado» a través de las redes sociales por personas ajenas al ámbito médico pero muy influyentes en los medios virtuales de comunicación⁽⁵⁾. El efecto de semaglutida sobre el peso corporal sucede a partir de varios mecanismos, centrales y periféricos, resaltando dos principales: la inhibición de la grelina (hormona estimuladora central de la ingesta de alimento) y el **retraso en el vaciamiento gástrico**⁽¹⁾, este último mecanismo se está convirtiendo en una grave complicación cuando se administra sedación y anestesia general pues aumenta considerablemente el riesgo de regurgitación, vómito y broncoaspiración, aun en presencia del tiempo de ayuno que nuestras guías marcan como adecuado. Lo anterior, aunado a que en la República Mexicana su venta no requiere receta médica, *es un tema muy trascendente que debe ser observado, mencionado, estudiado y solucionado por el gremio anestesiológico*.

Las pautas de ayuno descritas por la *American Society of Anesthesiologists* (ASA) dictan que en los pacientes sanos debe haber transcurrido por lo menos 8 horas posterior a la ingesta de comida grasa, 6 horas para comida ligera y 2 horas para líquidos claros, antes del procedimiento

* Anestesiólogo
cardiovascular adscrito al
Hospital General de Zona
No. 50, Instituto Mexicano
del Seguro Social. San
Luis Potosí, México.

Correspondencia:
Dr. Baruvi Gaytán-
Fernández
E-mail: dr.baruvi@
yahoo.com



anestésico⁽⁶⁾. Sin embargo, múltiples publicaciones están reportando accidentes por vaciamiento gástrico inadecuado en pacientes a los que se les ha administrado semaglutida subcutánea (de dosis semanal) aun cuando las pautas de ayuno se han cumplido.

Canadian Journal of Anesthesia ha publicado varios de estos casos incluyendo reportes de broncoaspiración en el intraoperatorio^(7,8). *Anesthesia Patient Safety Foundation* también ha reportado retraso en el vaciamiento gástrico con pautas completas de ayuno en pacientes programados para sedación en estudios de imagen y en anestesia general para histerectomía, esta última incluso ha presentado emesis previo a la extubación⁽⁹⁾. Podemos encontrar más informes similares en publicaciones como *Cureus Journal of Medical Science*⁽⁵⁾, *Plastic and Reconstructive Surgery Journal*⁽¹⁰⁾ e incluso en publicaciones latinoamericanas⁽¹¹⁾.

Por supuesto, es necesario la realización de consensos internacionales de expertos para poder estandarizar las conductas a seguir ante este grave problema, pero algunos esfuerzos independientes han publicado las siguientes recomendaciones:

1. Aumentar el ayuno preanestesia. Extender el período de ayuno recomendado de 8 horas a 24 o más, antes de la cirugía, permitiría un vaciado del contenido gástrico más adecuado⁽¹⁰⁾. Instalar en el paciente una dieta líquida 36 horas previo al período de ayuno ayudaría a disminuir la presencia de residuos sólidos intragástricos⁽⁵⁾.
2. Valoración del vaciamiento gástrico por ultrasonido. Es recomendable cerciorarse de manera objetiva que el estómago se encuentra vacío antes de someter al paciente a procedimientos anestésicos, la revisión ultrasonográfica puede ser un parámetro confiable y objetivo⁽¹²⁾.
3. Utilización de procinéticos. La administración de medicamentos como metoclopramida o agonistas de la motilina como eritromicina a dosis subantibióticas pueden ayudar a acelerar el vaciamiento gástrico⁽⁵⁾.
4. Suspensión de semaglutida. Es evidente que suspender el fármaco causante del retraso en el vaciamiento gástrico resolvería el problema, sin embargo, hay dos factores a tomar en cuenta: a) Cuando el fármaco es administrado para el control de la glucosa, se debe sustituir por otro fármaco con la misma función, con el subsecuente riesgo de generar descontrol glucémico agudo y descompensación del paciente. b) Aún no hay un consenso estándar en el tiempo adecuado que se debe suspender semaglutida para garantizar la motilidad y el vaciamiento gástrico normal.

Por último, los cambios más sencillos en ocasiones pudieran resultar ser los más eficientes, y me parece que éste es el

caso. El riesgo de broncoaspiración debido a la presencia de semaglutida se podría reducir considerablemente si en nuestra valoración preanestésica habitual agregásemos la pregunta:

«¿Se ha inyectado usted algún medicamento durante la última semana? ...»

Gracias por su atención. Un gusto saludarlo.

Dr. Baruvi.

REFERENCIAS

1. Escobar CS, Castro A, Gómez Cerezo J, Górriz JL, Obaya Rebollar JC, Villar-Taibo R. Abordaje práctico de la semaglutida en el paciente con diabetes tipo 2. *Rev Esp Cardiol Supl.* 2022;22:1-9.
2. Badve SV, Bilal A, Lee MMY, Sattar N, Gerstein HC, Ruff CT, et al. Effects of GLP-1 receptor agonists on kidney and cardiovascular disease outcomes: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2025;13:15-28.
3. Apperloo EM, Gorris JL, Soler MJ, Cigarrán Guldres S, Cruzado JM, Puchades MJ, et al. Semaglutide in patients with overweight or obesity and chronic kidney disease without diabetes: a randomized double-blind placebo-controlled clinical trial. *Nat Med.* 2025;31:278-285. doi: 10.1038/s41591-024-03327-6.
4. Neumann J, Hadová K, Klimas J, Hofmann B, Gergs U. Contractile effects of semaglutide in the human atrium. *Pharmaceutics.* 2024;16:1139. doi: 10.3390/pharmaceutics16091139.
5. Fujino E, Cobb KW, Schoenherr J, Gouker L, Lund E. Anesthesia considerations for a patient on semaglutide and delayed gastric emptying. *Cureus.* 2023;15:e42153. doi: 10.7759/cureus.42153.
6. Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. *Anesthesiology.* 2017;126:376-393. doi: 10.1097/ALN.0000000000001452.
7. Klein SR, Hobai IA. Semaglutide, delayed gastric emptying, and intraoperative pulmonary aspiration: a case report. *Can J Anaesth.* 2023;70:1394-1396. doi: 10.1007/s12630-023-02440-3.
8. Gulak MA, Murphy P. Regurgitation under anesthesia in a fasted patient prescribed semaglutide for weight loss: a case report. *Can J Anaesth.* 2023;70:1397-1400. doi: 10.1007/s12630-023-02521-3.
9. Beam WB, Hunter Guevara LR. Are 1 serious anesthesia risks of semaglutide and other GLP-1 agonists under-recognized? Case reports of retained solid gastric contents in patients undergoing anesthesia. *APSF Newsletter.* 2023;38:67, 69-71.
10. Fezza R, Rains B, Fezza T, Fezza JP. Emerging anesthesia risks with semaglutide. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2023;11:e5427. doi: 10.1097/GOX.00000000000005427.
11. Angulo Cardoso G, Balverde Camiño E, Irizaga Dávila G. Agonistas Glucagon Like Peptide - 1 (GLP-1) y retraso del vaciamiento gástrico: Consideraciones anestésicas y clínicas. *Rev Chil Anest.* 2024;53:28-32. doi: 10.25237/revchilanestv53n1-06.
12. Pai SL, Smith MA, Beam WB, et al. Perioperative considerations for patients on semaglutide. *Curr Anesthesiol Rep.* 2024;14:152-160. doi: 10.1007/s40140-024-00611-6.