



MEDICINA CARDIOMETABÓLICA

www.medicinacardiometabolica.com

ISSN: 3084-7729



EN ESTE NÚMERO

Tirzepatida en comparación con semaglutida para el tratamiento de la obesidad (SURMOUNT-5)

Insulina efsitora semanal en diabetes tipo 2 sin tratamiento previo con insulina: ¿una nueva era? (e QWINT-1)

Efecto global de los factores de riesgo cardiovascular

Comparación de Semaglutida o Dulaglutida versus Empagliflozina

Ecuaciones AHA PREVENT y Lipoproteína(a) para el Riesgo de Enfermedad Cardiovascular

¿cuántas pastillas y por cuánto tiempo después de un infarto de miocardio?

Mounjaro: ¿el nuevo estándar en cardioprotección para la diabetes tipo 2?

Julio de 2025 nos dejó uno de los hitos más significativos en la evolución del tratamiento para la diabetes tipo 2. El estudio SURPASS-CVOT, con más de 13000 pacientes y un seguimiento de 4 años, confirmó que tirzepatida (Mounjaro) no solo es eficaz en el control glucémico y la pérdida de peso, sino que además reduce la mortalidad global y mejora desenlaces cardiovasculares clave.

Aunque el objetivo primario de no inferioridad frente a dulaglutida se cumplió, lo verdaderamente notable fue la reducción del 16% en la mortalidad por cualquier causa, una cifra que, aunque derivada de un análisis secundario, no puede pasarse por alto. Mounjaro también demostró mayor eficacia en el descenso de HbA1c, en la reducción de peso corporal y en la preservación de la función renal, marcando una ventaja clínica múltiple frente a otros agonistas del receptor GLP-1.

Pero más allá de los números, estos resultados nos interpelan desde otro lugar: ¿estamos listos para cambiar nuestras decisiones clínicas? ¿Estamos dispuestos a actualizar nuestros esquemas terapéuticos y nuestras guías, sabiendo que hay una opción que puede reducir la mortalidad en nuestros pacientes más vulnerables?

No se trata solo de eficacia. Se trata de acceso, adherencia, sostenibilidad y visión a largo plazo. Un fármaco como Mounjaro puede convertirse en una herramienta transformadora, pero su impacto real dependerá de cómo lo incorporemos en la práctica cotidiana, de si logramos capacitar a los equipos de salud, y de si se incluyen en los programas de cobertura pública.

Estamos frente a una oportunidad. Una de esas que no se presentan con frecuencia en medicina. El reto ya no es si el fármaco funciona. El verdadero reto es si la clínica, el sistema y nosotros como médicos, funcionamos a su altura.

TIRZEPATIDA EN COMPARACIÓN CON SEMAGLUTIDA PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD (SURMOUNT-5)

Antecedentes

Tirzepatida y semaglutida son agonistas del receptor GLP-1 utilizados en el tratamiento de la obesidad. Tirzepatida, además, actúa sobre el receptor GIP, lo que podría traducirse en mayor eficacia. Aunque ambos fármacos han demostrado beneficios individuales, no existían comparaciones directas en pacientes con obesidad sin diabetes tipo 2.

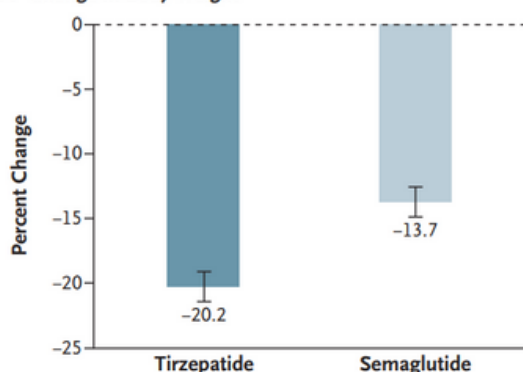
Métodos

- **Diseño:** Ensayo clínico fase 3b, abierto, controlado y aleatorizado.
- **Participantes:** 750 adultos con obesidad (IMC ≥ 30 o ≥ 27 con comorbilidades), sin diabetes.
- **Intervención:**
 - **Tirzepatida:** 10 o 15 mg subcutánea semanal
 - **Semaglutida:** 1.7 o 2.4 mg subcutánea semanal
- **Duración:** 72 semanas.
- **Desenlace primario:** Cambio porcentual en el peso corporal desde el inicio.
- **Desenlaces secundarios clave:** Reducción $\geq 10\%$, $\geq 15\%$, $\geq 20\%$, $\geq 25\%$, y cambio en circunferencia de cintura.

Resultados

- **Pérdida de peso** (% desde línea basal, media ajustada):
 - **Tirzepatida:** -20.2%
 - **Semaglutida:** -13.7%
 - **Diferencia:** -6.5 puntos porcentuales (IC95%: -8.1 a -4.9; $p < 0.001$)
- **Reducción de circunferencia de cintura:**
 - **Tirzepatida:** -18.4 cm
 - **Semaglutida:** -13.0 cm
 - **Diferencia:** -5.4 cm (IC95%: -7.1 a -3.6; $p < 0.001$)

A Change in Body Weight



Conclusiones

Tirzepatida fue superior a semaglutida en la reducción de peso corporal y circunferencia de cintura en adultos con obesidad sin diabetes tipo 2, con una diferencia clínicamente relevante en magnitudes de pérdida ponderal.

INSULINA EFSITORA SEMANAL EN DIABETES TIPO 2 SIN TRATAMIENTO PREVIO CON INSULINA: ¿UNA NUEVA ERA? (E QWINT-1)

Antecedentes

La insulino terapia basal es una estrategia habitual cuando el control glucémico con antidiabéticos orales ya no es suficiente. Sin embargo, la complejidad de los ajustes frecuentes, la necesidad de inyecciones diarias y el temor a la hipoglucemia generan inercia terapéutica en la práctica clínica. Efsitora alfa, una insulina basal de acción prolongada con administración semanal en dosis fijas, podría simplificar este proceso en pacientes con diabetes tipo 2 sin tratamiento insulínico previo.

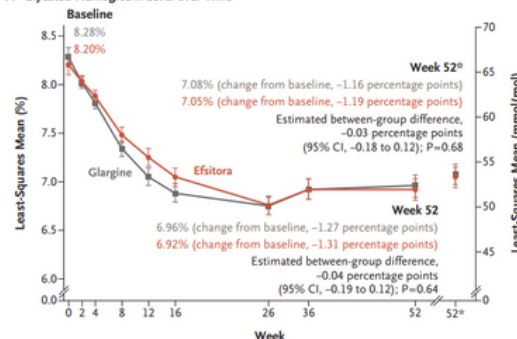
Métodos

- **Diseño:** Ensayo clínico fase 3, abierto, multicéntrico, aleatorizado, de no inferioridad, tipo treat-to-target.
- **Participantes:** 795 adultos con diabetes tipo 2 sin insulino terapia previa, HbA1c entre 7-10% y tratamiento estable con 1 a 3 agentes no insulínicos.
- **Intervención:**
 - **Grupo 1:** Efsitora 100-400 U/semana en dosis fijas, ajustadas cada 4 semanas según glucemia en ayunas.
 - **Grupo 2:** Glargina U100 diaria, ajustada semanalmente.
- **Duración del tratamiento:** 52 semanas (seguimiento de seguridad: 5 semanas).

Resultados

- **Cambio en HbA1c a la semana 52**
 - **Efsitora:** -1.19% (de 8.20% a 7.05%)
 - **Glargina:** -1.16% (de 8.28% a 7.08%)
 - **Diferencia:** -0.03% (IC95%: -0.18 a 0.12) → No inferior ($p = 0.68$)

A Glycated Hemoglobin Level over Time



Conclusiones

En adultos con diabetes tipo 2 sin experiencia con insulina, efsitora semanal en dosis fijas fue no inferior a la glargina diaria para el control glucémico a 52 semanas, con menor riesgo de hipoglucemia, menor necesidad de ajustes de dosis y buena tolerabilidad.

Global Effect of Cardiovascular Risk Factors on Lifetime Estimates

The Global Cardiovascular Risk Consortium

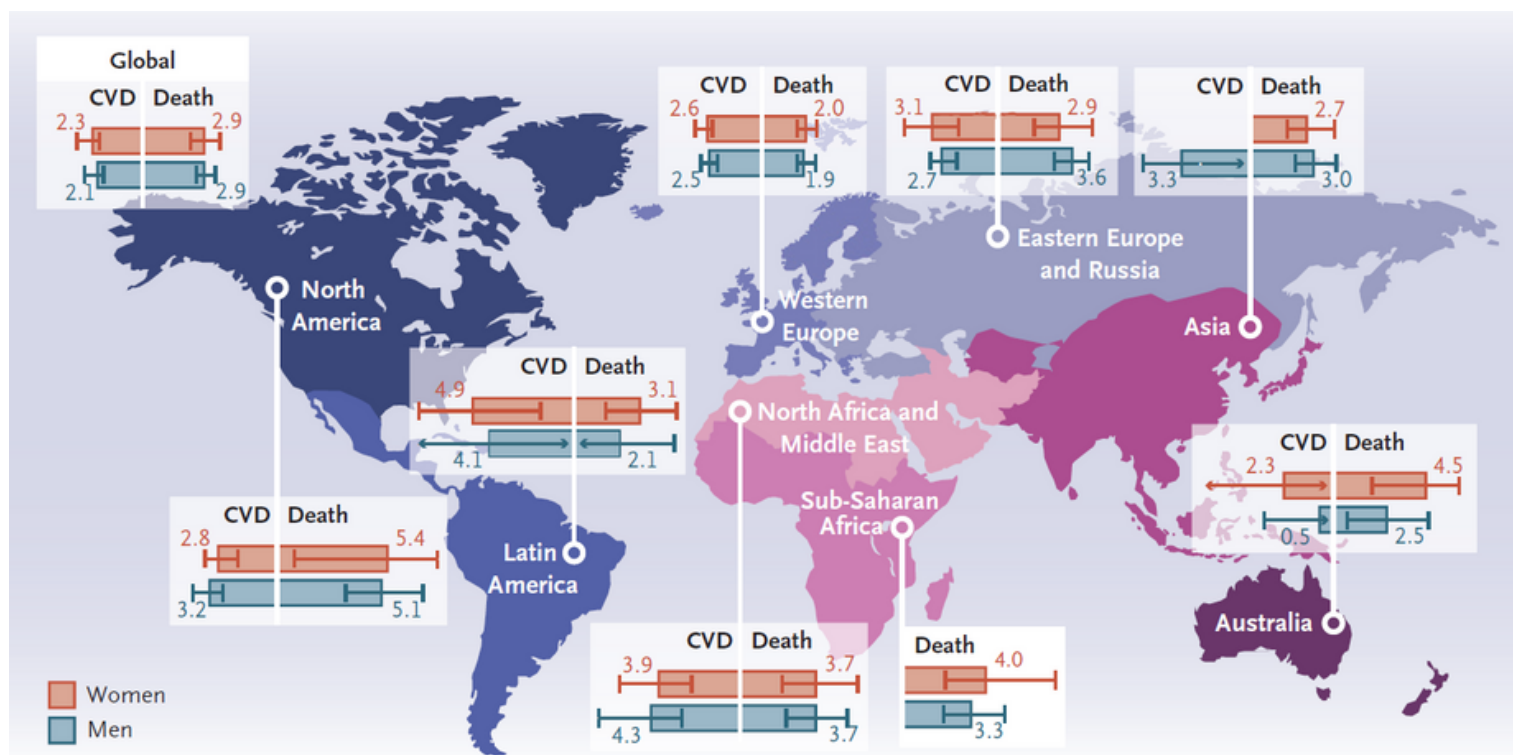
¿Cuántos años de vida se ganan al controlar la hipertensión?

El estudio del NEJM (2025) muestra que controlar la hipertensión a los 50 años –incluso si existen otros factores de riesgo– se asocia con una ganancia promedio global de +2.3 años sin enfermedad cardiovascular (ECV) y +2.9 años sin muerte en mujeres, y +2.1 y +2.9 años, respectivamente, en hombres.

En **Latinoamérica**, se observó el mayor beneficio cardiovascular en mujeres: +4.9 años sin ECV y +3.1 años sin morir. En hombres, la ganancia fue de +4.1 y +2.1 años, respectivamente.

Norteamérica destacó por el mayor beneficio en supervivencia general: hasta +5.4 años sin muerte en mujeres y +5.1 años en hombres.

Otras regiones como **Europa**, **Asia** y **Australia** también mostraron beneficios relevantes, aunque más modestos. En Asia, por ejemplo, los hombres ganan hasta +3.3 años sin ECV, y en Australia, los hombres ganan +4.5 años sin morir al controlar su presión arterial.



El estudio del NEJM (2025) también analizó qué pasa si se logran modificar varios factores de riesgo a la vez en la mediana edad, específicamente entre los 55 y 60 años.

Cuando se logran controlar simultáneamente cuatro factores –hipertensión, dislipidemia, diabetes y dejar de fumar–, los resultados son notables:

- **Mujeres:**
 - Ganan hasta +5.1 años sin enfermedad cardiovascular (ECV).
 - Y +5.2 años sin muerte por cualquier causa.
- **Hombres:**
 - Ganan +3.1 años sin ECV.
 - Y +4.5 años sin muerte.

Este beneficio acumulado demuestra que incluso después de los 55 años nunca es tarde para intervenir. Cada factor modificado suma, pero juntos logran un impacto aún mayor sobre la longevidad y la salud cardiovascular.

Comparison of Semaglutide or Dulaglutide Versus Empagliflozin for Risk for Death and Cardiovascular Outcomes Among Patients With Type 2 Diabetes

Un estudio reciente publicado en Annals of Internal Medicine (Saeed et al., 2025) evaluó la efectividad comparativa de semaglutida y dulaglutida frente a empagliflozina, enfocándose en eventos cardiovasculares mayores en pacientes con diabetes tipo 2 mayores de 45 años. Se utilizaron datos reales de más de 21 mil pacientes en EE. UU., mediante una metodología de emulación de ensayo clínico (target trial emulation).

Diseño del estudio

- **Tipo:** Observacional retrospectivo con emparejamiento por puntaje de propensión (1:1)
- **Participantes:**
 - **Semaglutida vs Empagliflozina:** 7899 pacientes por grupo
 - **Dulaglutida vs Empagliflozina:** 6093 pacientes por grupo
- **Seguimiento:** Mediana de 2.2 a 3.0 años

Resultados principales

Semaglutida vs Empagliflozina

- Menor incidencia del desenlace compuesto (muerte, IAM o ACV):
 - HR: 0.89 (IC95%: 0.78–1.02)
- Reducción significativa de ACV:
 - HR: 0.62 (IC95%: 0.43–0.89)
- Mayor reducción de peso (–4.3 kg vs –3.2 kg)
- Mayor descenso de HbA1c (–0.34% vs –0.18%)
- Beneficio más notorio en pacientes <65 años y con HbA1c <7%

Dulaglutida vs Empagliflozina

- Sin diferencias significativas en riesgo cardiovascular:
 - HR: 1.03 (IC95%: 0.90–1.16)
- Cambios similares en peso y control glucémico

Conclusión

Semaglutida ofrece un modesto beneficio adicional frente a empagliflozina en la reducción de eventos cardiovasculares, especialmente ACV, asociado a mejor control metabólico y pérdida de peso.
Dulaglutida no mostró ventajas clínicas en comparación con empagliflozina.

Figure 1. Kaplan-Meier cumulative incidence curves of the risk for death/MI/stroke, by initial treatment with either semaglutide (red) or empagliflozin (blue).

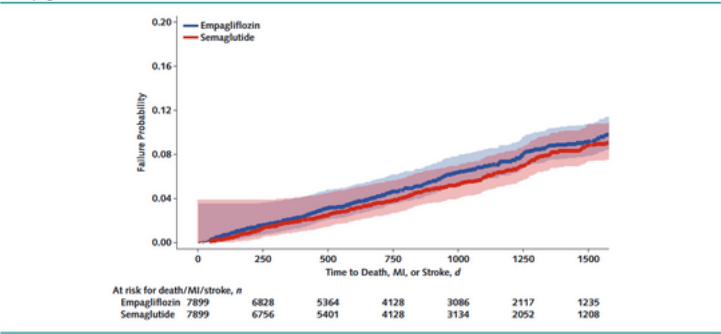
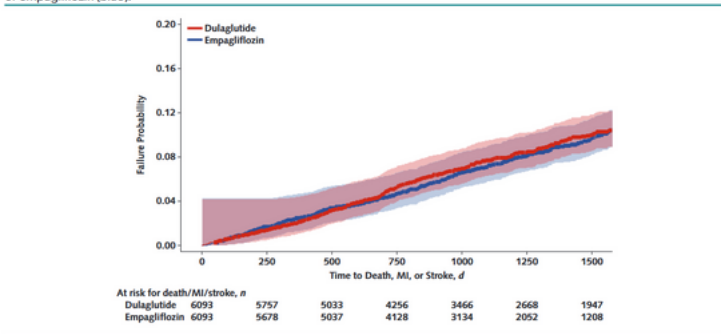


Figure 2. Kaplan-Meier cumulative incidence curves of the risk for death/MI/stroke, by initial treatment with either dulaglutide (red) or empagliflozin (blue).



JAMA Cardiology | Original Investigation

AHA PREVENT Equations and Lipoprotein(a)
for Cardiovascular Disease Risk

Insights From MESA and the UK Biobank

Un estudio reciente publicado en JAMA Cardiology evaluó cómo las nuevas ecuaciones de la American Heart Association (AHA) —conocidas como PREVENT equations— predicen el riesgo cardiovascular a 10 años en personas con niveles elevados de lipoproteína(a) [Lp(a)], un marcador genético de riesgo cardiovascular que no está incluido en dichas ecuaciones.

 Diseño del estudio

Se analizaron más de 314,000 participantes sin enfermedad cardiovascular previa, provenientes de dos grandes cohortes: MESA (EE. UU.) y UK Biobank (Reino Unido). Se comparó el rendimiento predictivo de las ecuaciones PREVENT en personas con y sin Lp(a) elevada (≥125 nmol/L).

 Hallazgos principales

- Las ecuaciones PREVENT predijeron adecuadamente los eventos cardiovasculares (ECV, cardiopatía coronaria, falla cardíaca) incluso en presencia de Lp(a) elevada.
- No obstante, los niveles elevados de Lp(a) se asociaron con un mayor riesgo independiente de ECV (HR ≈ 1.30).
- La adición de Lp(a) a los modelos PREVENT mejoró modestamente la predicción del riesgo, especialmente en individuos con riesgo bajo o intermedio, destacando la utilidad de su medición para personalizar decisiones clínicas.
- El mayor beneficio en reclasificación se observó en riesgo "borderline" (5% a <7.5%), donde puede influir en decisiones sobre tratamiento preventivo.

 Implicancias clínicas

Aunque las ecuaciones PREVENT funcionan bien por sí solas, este estudio sugiere que medir Lp(a) puede aportar valor añadido, especialmente en pacientes con riesgo cardiovascular no evidente. Esto refuerza la recomendación creciente de tamizaje universal de Lp(a) como parte de una evaluación integral del riesgo.

 Mensaje para la práctica clínica

Si bien Lp(a) aún no es blanco terapéutico específico, su conocimiento puede cambiar el umbral de intervención en prevención primaria, especialmente en individuos jóvenes o de bajo riesgo aparente.

Table 3. Model Performance With the Addition of Lipoprotein(a) to the American Heart Association Prevent (C Index) in Pooled Cohorts for Atherosclerotic Cardiovascular Disease^a

Atherosclerotic cardiovascular disease risk	C Index (SE)			Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis			UK Biobank		
	Pooled								
	PREVENT alone	PREVENT + Lp(a) >125 nmol/L	Change	PREVENT alone	PREVENT + Lp(a) >125 nmol/L ^b	Change	PREVENT alone	PREVENT + Lp(a) >125 nmol/L	Change
Overall	0.73 (0.00)	0.73 (0.00)	0	0.74 (0.01)	0.74 (0.01)	0	0.73 (0.00)	0.73 (0.00)	0
Risk, %									
<5	0.68 (0.01)	0.68 (0.01)	0	0.66 (0.03)	0.67 (0.03)	0.01	0.68 (0.01)	0.68 (0.01)	0
5 to <7.5	0.54 (0.01)	0.55 (0.01)	0.01	0.51 (0.03)	0.55 (0.04)	0.04	0.54 (0.01)	0.55 (0.01)	0.01
7.5 to <20	0.58 (0.01)	0.58 (0.01)	0	0.60 (0.02)	0.60 (0.02)	0	0.58 (0.01)	0.58 (0.01)	0
≥20	0.60 (0.03)	0.59 (0.03)	-0.01	0.59 (0.05)	0.57 (0.05)	-0.02	0.61 (0.04)	0.62 (0.03)	0.01

Abbreviation: Lp(a), lipoprotein(a).

^a For Predicting Risk of Cardiovascular Disease Events (PREVENT), the base 10-year equations were used.

^b The conversion factor used for Lp(a) of 50 mg/dL to be equivalent to 125 nmol/L is 2.5.

The American Heart Association PREVENT™ Online Calculator

Welcome to the American Heart Association Predicting Risk of cardiovascular disease EVENTS.



<https://professional.heart.org/en/guidelines-and-statements/prevent-calculator>



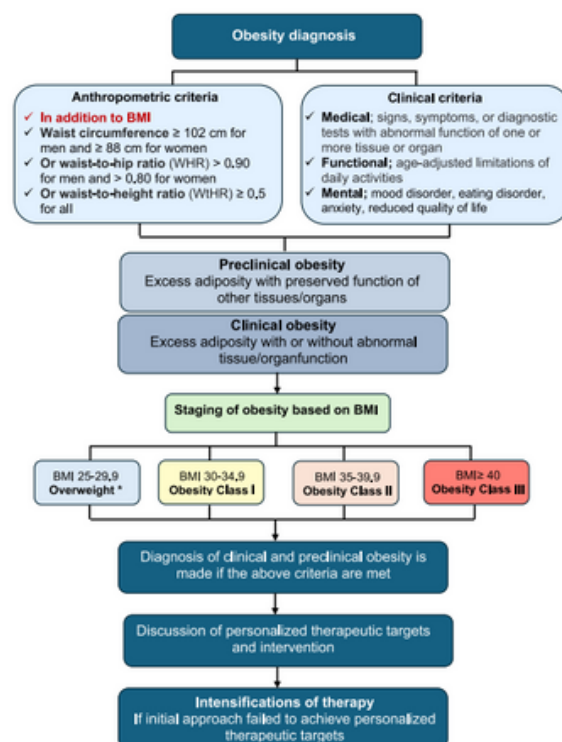
Obesity and its management in primary care setting

Este diagrama representa un gran avance en la forma en que entendemos y diagnosticamos la obesidad. Tradicionalmente se ha centrado exclusivamente en el IMC, pero esta propuesta integra medidas más sensibles del riesgo cardiometabólico –como la circunferencia de cintura y la relación cintura/talla– junto con criterios clínicos funcionales y mentales.

Destaco especialmente la inclusión de:

- **Obesidad preclínica**, que permite identificar a personas con adiposidad excesiva pero sin alteraciones orgánicas evidentes, abriendo una ventana de oportunidad para la prevención.
- **Criterios funcionales y mentales**, que reconocen el impacto real de la obesidad en la calidad de vida, más allá de los laboratorios.

Además, al incorporar una estratificación según el IMC, seguido de la discusión de objetivos terapéuticos individualizados, se alinea con un enfoque práctico y realista para la atención primaria.



Identify Risk Factors:

- Obesity
- T2D
- >1 Cardiometabolic RF
- Hepatic Steatosis incidentally discovered
- Elevated ALT

Liver biopsy

to exclude other coexisting causes of liver disease and when imaging and blood test provide conflicting staging results



Simple fibrosis Index

Fibrosis-4 Index

Fib-4 Index	Fibrosis stage	Risk of F3-F4 fibrosis
<1.3	F0-F1	Low
≥ 1.3-2.67	F2	Intermediate
>2.67	F2-F4	High

MASLD diagnosis tools

Liver stiffness measurement (LSM)

By elastography (e.g., FibroScan®)

LSM	Fibrosis stage	Risk of F3-F4 fibrosis
< 8 kPa	F0-F1	Low
8-12 kPa	F2	Intermediate
> 12 kPa	F2-F4	High



Serum biomarkers and scores

such as Enhanced Liver Fibrosis (ELF) test is a serological biomarker for fibrosis staging

ELF	Fibrosis stage	Risk of F3-F4 fibrosis
< 7.7	F0-F1	Low
7.7-9.8	F2	Intermediate
> 9.8	F2-F4	High

Esta imagen ofrece una excelente visión integradora de las herramientas diagnósticas para la evaluación de fibrosis en MASLD (enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica), resaltando el papel clave del médico de atención primaria en la identificación temprana.

Puntos clave:

- El algoritmo comienza con la identificación de factores de riesgo, como obesidad, diabetes tipo 2, elevación de ALT, o esteatosis incidental en imágenes. Esto enfatiza un enfoque proactivo.

Fig. 4. MASLD (Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic liver disease) diagnosis tools.

- Se incluyen tres métodos complementarios y no invasivos para la estadificación de fibrosis:
 - Índice FIB-4: fácil de calcular con edad, ALT, AST y plaquetas; útil como primer paso en la atención primaria.
 - Elastografía hepática (LSM): mediante FibroScan®, permite cuantificar la rigidez hepática y afinar la sospecha diagnóstica.
 - Marcadores séricos como ELF: aportan información adicional cuando existe incertidumbre diagnóstica o para seguimiento.

La combinación escalonada de estas herramientas minimiza la necesidad de biopsia hepática, la cual queda reservada para casos con resultados contradictorios o comorbilidades hepáticas coexistentes.

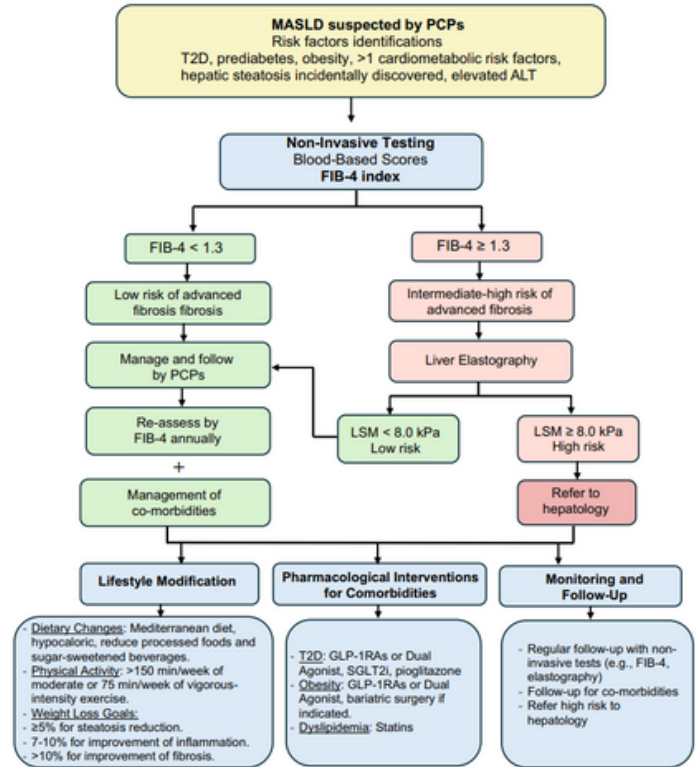
Aplicación práctica: Este enfoque facilita la estratificación del riesgo de fibrosis avanzada (F3-F4) y permite una derivación oportuna al especialista. Además, sirve como guía para decidir el inicio de terapias específicas y el seguimiento longitudinal en personas con obesidad y riesgo cardiometabólico. Destaco especialmente la inclusión de:



Obesity and its management in primary care setting

Puntos clave del algoritmo:

- Identificación de casos sospechosos:** Personas con diabetes tipo 2, prediabetes, obesidad, ≥ 1 factor de riesgo cardiometabólico, esteatosis incidental o elevación de ALT.
- Primera línea diagnóstica no invasiva:** Uso del índice FIB-4, una herramienta económica y accesible para estratificar el riesgo de fibrosis avanzada.
- Decisiones según FIB-4:**
 - FIB-4 < 1.3:** Riesgo bajo $\rightarrow$ seguimiento por el médico de familia, reevaluación anual, manejo de comorbilidades.
 - FIB-4 ≥ 1.3 :** Riesgo intermedio o alto $\rightarrow$ se indica elastografía hepática (FibroScan):
 - LSM < 8.0 kPa:** seguimiento por atención primaria.
 - LSM ≥ 8.0 kPa:** derivación a hepatología.
- Intervenciones integrales recomendadas:**
 - Modificación del estilo de vida:** dieta mediterránea, ejercicio regular, metas de pérdida de peso escalonadas ($\geq 5\%$, $\geq 7-10\%$, $>10\%$).
 - Tratamiento farmacológico de comorbilidades:** uso de GLP-1RA, SGLT2i, estatinas, y cirugía bariátrica según indicación.
 - Monitoreo periódico** con pruebas no invasivas y vigilancia de comorbilidades.



Enfoque terapéutico según estadio de enfermedad hepática en MASLD

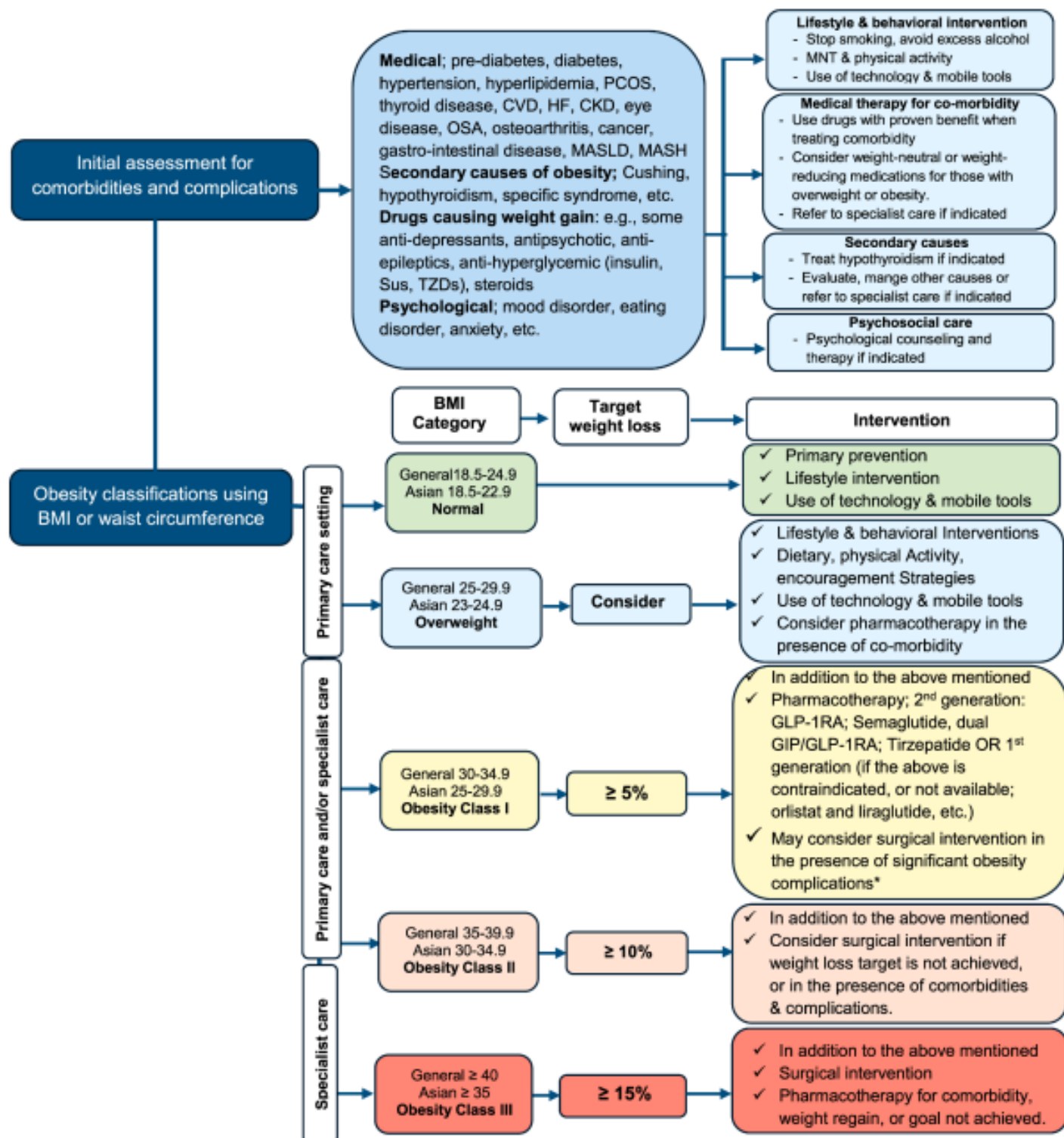
Stage of liver disease	Obesity treatment	Diabetes treatment	MASLD treatment
F0-F1 Absent or mild fibrosis	GLP-1RA Dual GIP/GLP-1RA	GLP-1RA Dual GIP/GLP-1RA SGLT2i Pioglitazone	Not indicated
F2 Significant fibrosis	GLP-1RA Dual GIP/GLP-1RA	GLP-1RA Dual GIP/GLP-1RA SGLT2i Pioglitazone	Resmetirom
F3 severe fibrosis	GLP-1RA Dual GIP/GLP-1RA	GLP-1RA Dual GIP/GLP-1RA SGLT2i Pioglitazone	Resmetirom
F4 Compensated cirrhosis	GLP-1RA Dual GIP/GLP-1RA With caution*	GLP-1RA Dual GIP/GLP-1RA SGLT2i Pioglitazone With caution*	AVOID
F4 Decompensated cirrhosis	AVOID 	Only use insulin	AVOID

Sistema de estadificación de la obesidad de Edmonton (EOSS).

Stage 0	No apparent obesity-related risk factors • No physical symptoms • No impairment of well being • No psychopathology • No functional limitations • Normal fasting glucose • Normal lipids	Lifestyle intervention and counseling		
Stage 1	Presence of obesity-related subclinical risk factors • Mild physical symptoms (e.g., dyspnea on moderate exertion, occasional fatigue, etc.) • Mild psychopathology • Mild functional limitations • Mild impairment of well-being • Borderline hypertension $\geq 130/85$ and (or) $< 125/75$ mmHg for individuals with T2D; • Cholesterol ≥ 200 and < 240 mg/dL- (≥ 5.2 and < 6.2 mmol/L) • Impaired fasting glucose (≥ 100 and < 125 mg/dL) (≥ 5.6 and < 6.9 mmol/L) • Elevated liver enzymes			
Stage 2	Presence of established obesity-related chronic disease • Diagnosed hypertension • Type 2 diabetes • Obstructive sleep apnea • Osteoarthritis • Reflux disease • Polycystic ovary syndrome • Anxiety, depression disorder • Moderate limitations in activities of daily living • Moderate impairment of well being	Pharmacological therapy		Metabolic surgery
Stage 3	Established end-organ damage • CVD; myocardial infarction, heart failure, cardiomyopathy, stroke • Diabetic complications • Incapacitating osteoarthritis • Significant psychopathology • Emotional outlook, depressed • Significant functional limitations • Significant impairment of well being			
Stage 4	Severe (potentially end-stage) disabilities from obesity-related chronic diseases - Severe disabling psychopathology - Severe functional limitations - Severe impairment of well being			

T2D: type 2 diabetes. CVD: cardiovascular disease.

Manejo de la obesidad en pacientes adultos en el ámbito de atención primaria.





ESC

European Society
of CardiologyEuropean Heart Journal (2025) 00, 1–3
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf226>

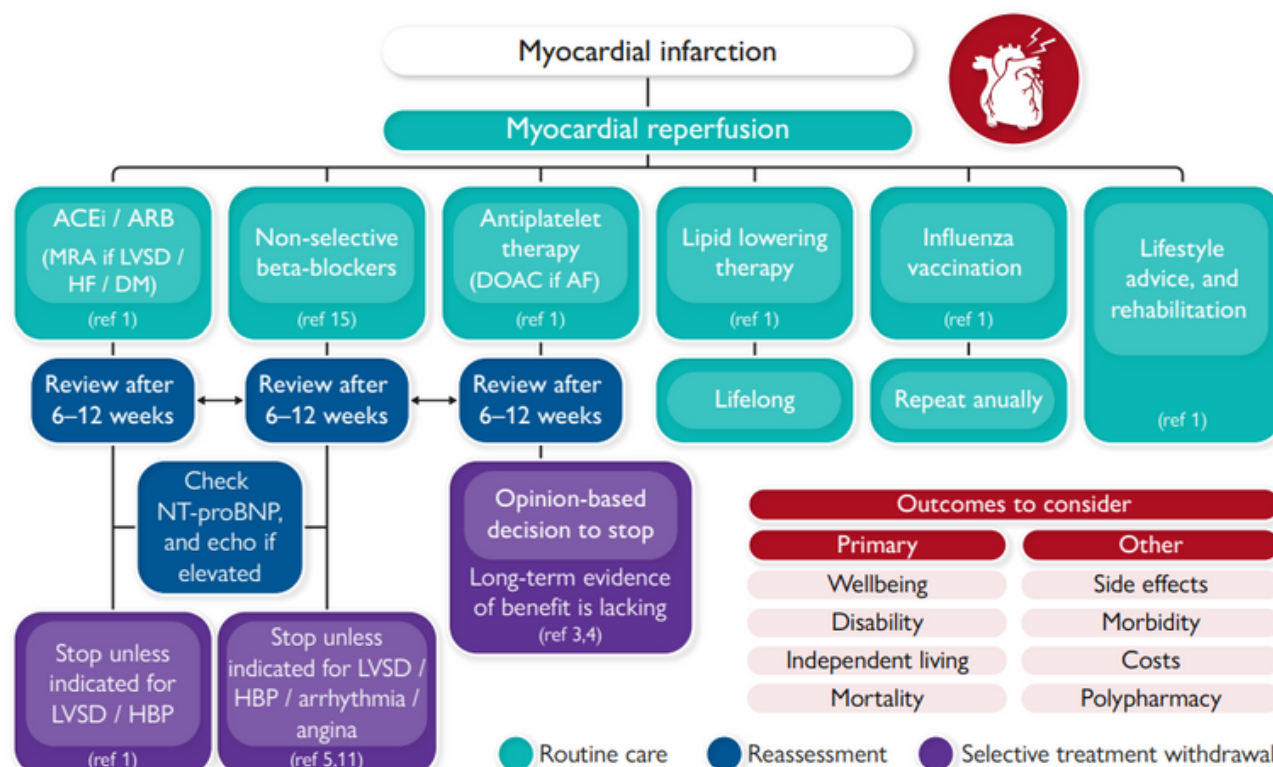
EDITORIAL

Ischaemic heart disease

Staring into the AβYSS: how many pills and for how long after myocardial infarction?

John G.F. Cleland *

Graphical Abstract



El gráfico presenta una hoja de ruta terapéutica tras un infarto agudo de miocardio (IAM), enfocada en revisar la necesidad de tratamientos a mediano y largo plazo según el riesgo residual del paciente.

Evaluación a las 6–12 semanas

- Este es el punto clave de reevaluación clínica y terapéutica.
- Se sugiere medir NT-proBNP y realizar ecocardiograma si está elevado.
- A partir de esta revisión, se propone desescalar tratamientos si no hay indicación específica (ej. disfunción ventricular izquierda, hipertensión, arritmia o angina).

Terapias recomendadas inicialmente

- Antiplaquetarios (DAPT inicialmente, luego mono según caso).
- Estatinas de alta intensidad.
- IECA/ARA-II (± MRA si hay IC o DM).
- Betabloqueadores.
- Vacuna contra influenza.
- Rehabilitación y cambios de estilo de vida.

Potencial retiro de tratamientos

- Si el paciente no tiene disfunción ventricular, arritmia ni HTA, puede considerarse suspender betabloqueadores o IECA tras la reevaluación.
- Este enfoque contrasta con la prescripción “de por vida” frecuente en la práctica clínica.

Factores en juego

- El gráfico sugiere balancear mortalidad, calidad de vida, carga farmacológica, costos y eventos adversos.
- Se hace énfasis en individualizar: muchos tratamientos tienen beneficios marginales cuando el riesgo residual es bajo.

Mounjaro (tirzepatida) de Lilly, un agonista dual de GIP/GLP-1, demostró protección cardiovascular en un ensayo comparativo histórico, lo que refuerza su beneficio en pacientes con diabetes tipo 2 y enfermedad cardíaca.

31 de julio de 2025



Eli Lilly ha anunciado los resultados principales del estudio **SURPASS-CVOT**, el primero en su tipo en comparar directamente dos terapias incretínicas —**tirzepatida** (Mounjaro) vs. **dulaglutida** (Trulicity)— en adultos con diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular aterosclerótica establecida. Este ensayo multinacional, aleatorizado, doble ciego y controlado, incluyó a 13,299 pacientes en 30 países y tuvo una duración media de seguimiento de 4 años.

🎯 Objetivo primario y hallazgos clave

- **Objetivo principal (MACE-3):** Mounjaro demostró no inferioridad frente a Trulicity en la reducción del riesgo de eventos cardiovasculares mayores (MACE-3: muerte CV, infarto o ACV), con una reducción relativa del 8% (HR: 0.92; IC 95.3%: 0.83–1.01; p = 0.086).
- Aunque no se controló el error tipo 1 por multiplicidad, se observaron beneficios adicionales significativos en:
 - Reducción de mortalidad por cualquier causa: 16% (HR: 0.84; IC 95%: 0.75–0.94; p = 0.002).
 - Mejor preservación de la función renal (eGFR): +3.54 mL/min/1.73 m².
 - Mayor reducción de HbA1c: -0.83% (1.73% vs. 0.90%).
 - Pérdida de peso corporal más significativa: -11.4 kg vs. -4.7 kg (diferencia: -7.1%).

🔬 Análisis secundarios y comparaciones indirectas

- En un análisis indirecto preespecificado frente a placebo (usando datos emparejados con REWIND), Mounjaro redujo:
 - MACE-3: 28% (HR: 0.72; IC 95%: 0.55–0.94).
 - Mortalidad por cualquier causa: 39% (HR: 0.61; IC 95%: 0.45–0.82).
- En pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) de alto o muy alto riesgo, se observó una desaceleración más significativa del deterioro renal con Mounjaro.

🩺 Seguridad y tolerabilidad

- Ambos fármacos mostraron un perfil de seguridad consistente con estudios previos.
- Efectos adversos más frecuentes: síntomas gastrointestinales, en su mayoría leves/moderados y autolimitados tras la escalada de dosis.
- Tasa de discontinuación: 13.3% para Mounjaro vs. 10.2% para Trulicity.

🧬 Mecanismo y potencial terapéutico

- Tirzepatida es un agonista dual de los receptores GIP y GLP-1, lo que ofrece un enfoque más amplio en el control metabólico que los agonistas de GLP-1 solos.
- Tiene efectos sinérgicos sobre:
 - Glucemia (↓ HbA1c).
 - Peso (↓ grasa corporal).
 - Función cardiovascular y renal.
- También está aprobado como Zepbound para obesidad, síndrome de apnea obstructiva del sueño y pérdida de peso con comorbilidades.

📅 Próximos pasos

- Los resultados completos serán presentados en septiembre durante el Congreso Anual de la EASD 2025.
- Eli Lilly planea enviar estos datos a agencias regulatorias globales antes de finalizar el año.

Finerenone and Estimated GFR Slope in Type 2 Diabetes and CKD



A pesar de los avances en el tratamiento de la enfermedad renal crónica (ERC) en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2)—incluyendo el uso de inhibidores del sistema renina-angiotensina (iSRA) e inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2)—muchos pacientes continúan progresando hacia la enfermedad renal terminal. Esto ha impulsado la búsqueda de nuevas terapias que frenen de forma más efectiva el deterioro de la función renal.

Finerenona, un antagonista no esteroideo del receptor mineralocorticoide (MR), ha demostrado beneficios en ensayos clínicos. Este estudio japonés, liderado por Yamanouchi et al., evalúa por primera vez su efectividad en un entorno real ("real-world") utilizando la pendiente del filtrado glomerular estimado (eGFR) como desenlace subrogante.

Metodología

Se analizó una cohorte de 106 pacientes con DM2 y ERC, con seguimiento de hasta 16 meses tras el inicio de finerenona. Se evaluó la evolución longitudinal del eGFR, excluyendo el descenso agudo esperado al inicio, utilizando modelos lineales mixtos. También se hicieron análisis por subgrupos según el eGFR basal y la albuminuria.

Resultados clave

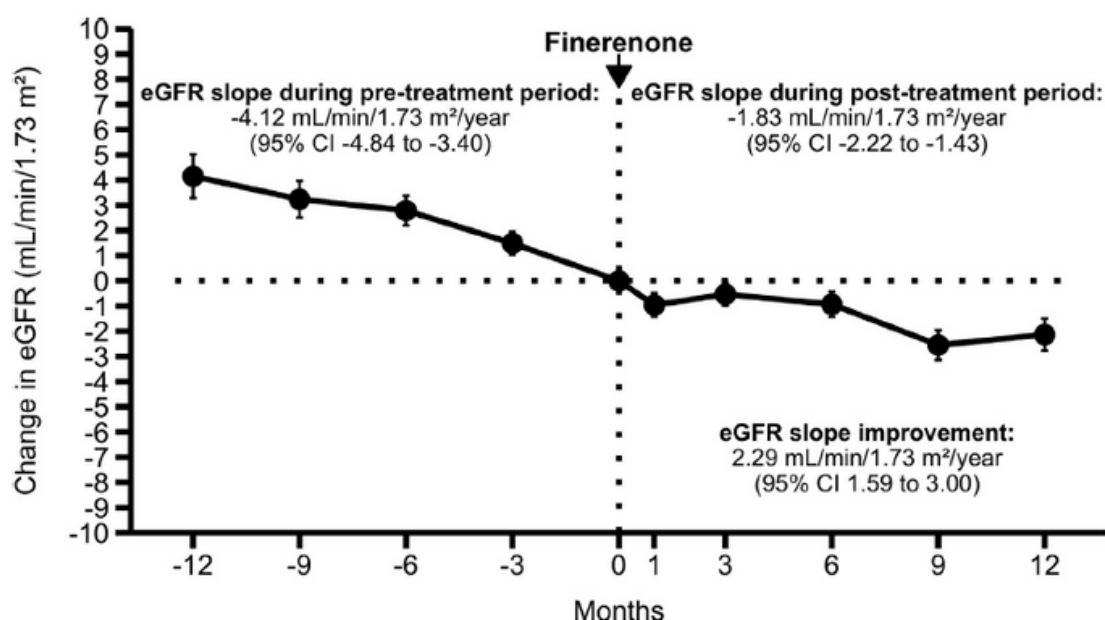
- **Descenso agudo inicial:** Se observó una caída de 0.96 ml/min/1.73 m² del eGFR en el primer mes, similar a lo reportado con iSRA y iSGLT2.
- **Mejora de la pendiente del eGFR:**
 - Antes de finerenona: -4.12 ml/min/1.73 m²/año
 - Después de finerenona: -1.83 ml/min/1.73 m²/año
 - Mejora neta: +2.29 ml/min/1.73 m²/año (IC95%: 1.59–3.00; p < 0.001)
- **Efecto consistente** en todos los subgrupos de eGFR y niveles de albuminuria.
- **Hiperkalemia mínima:** Aunque hubo un ligero aumento del potasio, se mantuvo dentro de límites aceptables, sin hospitalizaciones.

Interpretación y relevancia clínica

Este análisis real-world respalda que finerenona puede ser útil más allá de los criterios estrictos de los ensayos clínicos. Incluso pacientes con función renal más conservada o normoalbuminuria se beneficiaron.

El uso de la pendiente del eGFR como desenlace intermedio permite detectar beneficios en un periodo más corto y en poblaciones donde la progresión a falla renal terminal es lenta.

Además, el descenso agudo del eGFR tras iniciar finerenona podría no ser perjudicial, sino reflejar una corrección de la hipertensión glomerular y ser predictor de beneficio a largo plazo, como también se ha sugerido con los iSRA y iSGLT2.



CURSOS Y CONGRESOS

TE ESPERAMOS

SO LA MI 2025

CONGRESO LATINOAMERICANO DE MEDICINA INTERNA

17 AL 20 DE SEPTIEMBRE | PANAMÁ

VI CURSO

DE ACTUALIZACIÓN SOBRE

VACUNACIÓN EN ADULTOS

22 Y 23 AGOSTO 2025

INVERSIÓN DE PARTICIPANTES:

- Médicos SPEIT hábiles: **INGRESO LIBRE**
- Médicos no SPEIT: **120 SOLES**
- Enfermeras y otros profesionales de la salud: **70 SOLES**

MODALIDAD DEL EVENTO: **zoom**

REGÍSTRATE <http://www.speit.pe/vacunas>

SOPERGER

SOCIEDAD PERUANA DE GERIATRÍA

VIII CONGRESO INTERNACIONAL

XIII CURSO NACIONAL DE GERIATRÍA

Del 4 al 7 de setiembre 2025

XLVII CURSO INTERNACIONAL DE MEDICINA INTERNA 2025

Inscripción

Categoría	S/.
Médicos NO miembros SPMI	480.00
Médicos miembros SPMI	400.00
Residentes y Cesantes	380.00
Otros profesionales de la salud	350.00
Estudiantes, Internos y Seruistas	150.00
Extranjeros	US\$ 150.00

Nota: Precios no incluye IGV
Depósito o transferencia bancaria a favor de: SOCIEDAD PERUANA DE MEDICINA INTERNA
Cta. Cte. Soles N° 000-0232246 del Scotiabank
Código Interbancario 009 269 000000232246 29

Válido para la recertificación

Inscripciones

Lugar: Hotel Los Delfines, Lima - Perú

30 - 31 Octubre
1 - 2 Noviembre

Síguenos en:

Informes e inscripciones:
Dirección: Av. José Pardo 138 Of. 401, Miraflores
WhatsApp: 992 339 643
Correo: administracion@medicinainterna.org.pe
sociedadperuanamedicinainterna@gmail.com

XX CONGRESO SUR PERUANO INTERNACIONAL DE MEDICINA INTERNA FILIAL AREQUIPA

Visión y Futuro

40 AÑOS EN AREQUIPA

20 AL 23 DE AGOSTO 2025

LUGAR: COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ - CRV
CALLE SAN RAFAEL 300 - UNB. LOS ANGELES, CERRO - AREQUIPA

Presencial - Virtual

Formas de Pago

Depósito o transferencia bancaria a favor de: **Madeline Gonzales Rosello**
Cta. Cte. Soles N° 215-09462925-0 de BCP
Código Interbancario: 002 215 10946292500621
YAPE: 932 498 623
Madeline Gonzales Rosello

Costos de Inscripción

Categoría	S/.
Médicos	200.00
Miembros de la SPMIA y Residentes	150.00
Otros Profesionales	120.00
Estudiantes	80.00

Valor Académico:
3 Créditos

Horario de Atención:
Lunes a Viernes de 9:00 a 1:00 p.m.

Presentación de TEMAS LIBRES y TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Dirigido a:
Médicos, Otros Profesionales, Internos y Estudiantes.

Contacto:
932 498 623
Calle San Rafael del Perú - CHU
Calle San Rafael 300 Los Angeles
Calle - Arequipa
Email: spmi.arequipa@gmail.com

