

# Fármacos para la pérdida de peso.

---

Publicado el: 18-12-2022

El entusiasmo por la reducción de peso "sin precedentes" asociada a tirzepatida, las noticias sobre otros fármacos inyectables y la actualización de las recomendaciones contra la obesidad han sido los temas de la Tendencia clínica de esta semana.

En mayo, la *Food and Drug Administration* (FDA) de Estados Unidos aprobó tirzepatida para el control de la glucemia en pacientes con diabetes de tipo 2. En octubre, la *Food and Drug Administration* (FDA) de Estados Unidos concedió la aprobación de vía rápida para su uso como fármaco contra la obesidad. Ahora, los hallazgos presentados en el Congreso Anual de la *Obesity Society, ObesityWeek 2022*, indican que el agonista dual del polipéptido insulínico dependiente de la glucosa (GIP) y del péptido similar al glucagón-1 (GLP-1) es notable y sistemáticamente eficaz .

En SURMOUNT-1 se comparó la eficacia y los efectos secundarios de tirzepatida junto con una dieta baja en calorías y un aumento de la actividad física. En el estudio participaron 2.539 adultos sin diabetes de tipo 2 que tenían obesidad o sobrepeso con al menos una complicación relacionada con la obesidad. Los cuatro subgrupos de índice de masa corporal (IMC) obtuvieron resultados similares:

- ? 27 a < 30 (sobrepeso): peso inicial medio, 80,7 kg; reducción de peso media: 13,1 a 13,6 kg
- ? 30 a < 35 (obesidad de clase 1): peso inicial medio, 89,8 kg; reducción de peso media: 14,9 a 19,5 kg
- 35 a < 40 (obesidad de clase 2): peso inicial medio, 103.4 kg; reducción de peso media: 15,4 a 25,4 kg
- ? 40 (obesidad de clase 3): peso inicial medio, 127 kg; reducción de peso media: 19.9 a 29,0 kg

Los pacientes con un índice de masa corporal inicial de ? 35 a < 40 que recibieron la dosis de tirzepatida de 15 mg/semana tuvieron la mayor pérdida de peso: 24,5%. Esto es aproximadamente lo que se asocia a los procedimientos de cirugía bariátrica (25%). En general, 73% a 90% de los pacientes que recibieron las dosis de 5 a 15 mg tuvieron una reducción de peso corporal ? 10%.

En el Congreso de la *American Heart Association* (AHA) de 2022, en una presentación separada del ensayo SURMOUNT-1 se informó que el tratamiento con tirzepatida dio lugar a reducciones significativas de la presión arterial ambulatoria de 24 horas. El subestudio incluyó a 600 de los 2.539 participantes reclutados en SURMOUNT-1. Se contó con los resultados completos de 494 pacientes. El subestudio incluyó sólo a los individuos que tenían una presión arterial basal de <

140/90 mm Hg. La inscripción en SURMOUNT-1 en general excluyó a los que tenían una presión arterial  $\geq$  160/100 mm Hg. La media de la presión arterial entre todos los participantes inscritos fue de unos 123/80 mm Hg, mientras que la frecuencia cardiaca fue de unos 73 latidos/minuto. La presión arterial sistólica medida con el monitor ambulatorio se redujo respecto al valor inicial en una media de 5,6, 8,8 y 6,2 mm Hg en las personas que recibieron tirzepatida en dosis semanales de 5, 10 o 15 mg, respectivamente, y aumentó en una media de 1,8 mm Hg en los controles. La presión arterial diastólica se redujo en los receptores de tirzepatida en una media de 1,5, 2,4 y 0,0 mm Hg en los tres grupos que recibieron tratamiento ascendente con tirzepatida; aumentó una media de 0,5 mm Hg en los controles. Los expertos expresaron su optimismo de que estos resultados se traduzcan en beneficios tangibles a nivel clínico.

También en *ObesityWeek 2022*, los ponentes describieron la "impresionante" reducción de peso asociada a un nuevo agonista de los receptores duales del péptido similar al glucagón-1 (GLP-1)/glucagón (BI 456906), aunque en investigación inicial. Los pacientes tenían entre 18 y 75 años de edad, diabetes de tipo 2, un índice de masa corporal de 25 a 50, una hemoglobina glucosilada de 7% a 10% y estaban estables con el tratamiento mediante metformina. Con la dosis más alta probada de BI 456906 (1,8 mg en inyecciones subcutáneas dos veces por semana), 57% de los pacientes redujeron  $\geq$  5% de su peso corporal inicial y 35% redujeron  $\geq$  10% de su peso corporal inicial a las 16 semanas. De los pacientes que recibieron una dosis de semaglutida de 1 mg como comparación, solo 38% redujeron  $\geq$  5% de su peso corporal inicial y solo 16% redujeron  $\geq$  10% de su peso corporal inicial. Los pacientes tenían una media de peso inicial de 97 kg. Después de 4 meses, en promedio, los pacientes que recibieron la dosis más alta probada de BI 456906 redujeron 9% de su peso inicial, o aproximadamente 8,7 kg. Los pacientes que recibieron semaglutida redujeron 5,4% de su peso inicial, es decir, unos 5,2 kg. Los que recibieron placebo sólo redujeron 1,2% de su peso inicial.

En el Congreso del *American College of Gastroenterology (ACG)* de 2022, un nuevo estudio mostró varios factores que parecen influir en el riesgo de pancreatitis aguda en pacientes que empiezan a tomar fármacos agonistas del receptor de péptido similar al glucagón-1 (GLP-1) para bajar de peso. De los 2.245 pacientes del estudio, 49 (2,2%) presentaron pancreatitis aguda después de empezar a tomar un agonista del receptor de péptido similar al glucagón-1 (GLP-1). Los antecedentes de diabetes de tipo 2 hicieron que la pancreatitis aguda fuera dos veces más probable (intervalo de confianza de 95% [IC 95%]: 1,04 a 3,96;  $p = 0,04$ ). La nefropatía crónica en estadio 3 o superior aumentaba el riesgo 2,3 veces (IC 95%: 1,18 a 4,55;  $p = 0,01$ ), mientras que el consumo de tabaco lo aumentaba 3,3 veces (IC 95%: 1,70 a 6,50;  $p < 0,001$ ). Por el contrario, los investigadores descubrieron que aquellos con un índice de masa corporal de 36 a 40 tenían 88% menos de probabilidades de presentar pancreatitis aguda (IC 95%: 0,07 a 0,67;  $p = 0,007$ ) en comparación con los pacientes con un índice de masa corporal de  $\geq$  30. Los pacientes con un índice de masa corporal de  $> 40$  tenían un riesgo 73% menor (IC 95%: 0,10 a 0,73;  $p = 0,01$ ).

La *American Gastroenterological Association (AGA)* ha publicado recientemente recomendaciones sobre los fármacos para bajar de peso en los pacientes con obesidad que no responden adecuadamente a las intervenciones de estilo de vida por sí solas. Se recomiendan cuatro fármacos como opciones de primera línea: semaglutida, liraglutida, fentermina-topiramato de liberación prolongada y naltrexona-bupropión de liberación prolongada. También se recomiendan, aunque basados en pruebas de menor certeza, fentermina y dietilpropión. La guía recomienda evitar el uso de orlistat. La evidencia fue insuficiente respecto al hidrogel superabsorbente *Gelesis100*.

En otras noticias sobre guías, un nuevo y exhaustivo informe de consenso conjunto de la *European Association for the Study of Diabetes (EASD)* y la *American Diabetes Association (ADA)*

recomendó que la reducción de peso debería ser un objetivo de tratamiento coprimario para la diabetes de tipo 2 en adultos. La nueva declaración sobre el tratamiento de la hiperglucemia en la diabetes de tipo 2, publicada simultáneamente en *Diabetologia* y *Diabetes Care*, incorpora datos de ensayos clínicos recientes sobre los resultados cardiovasculares y renales de los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa-2 (SGLT2) y los agonistas del del receptor de péptido similar al glucagón-1 (GLP-1) para ampliar las recomendaciones de protección cardiorrenal. El documento también hace más hincapié en los determinantes sociales de la salud.

La notable reducción de peso asociada a los fármacos recientemente desarrollados y aprobados sigue siendo de interés para los médicos que abordan la epidemia de obesidad generalizada. A medida que se disponga de nueva información sobre la eficacia, los factores de riesgo y las recomendaciones, es probable que la atención siga centrada en estos fármacos que pueden ser revolucionarios.

Para más información sobre fármacos para la pérdida de peso, responda este Mini-examen clínico.

**Fuente:** <https://netsaluti.com>