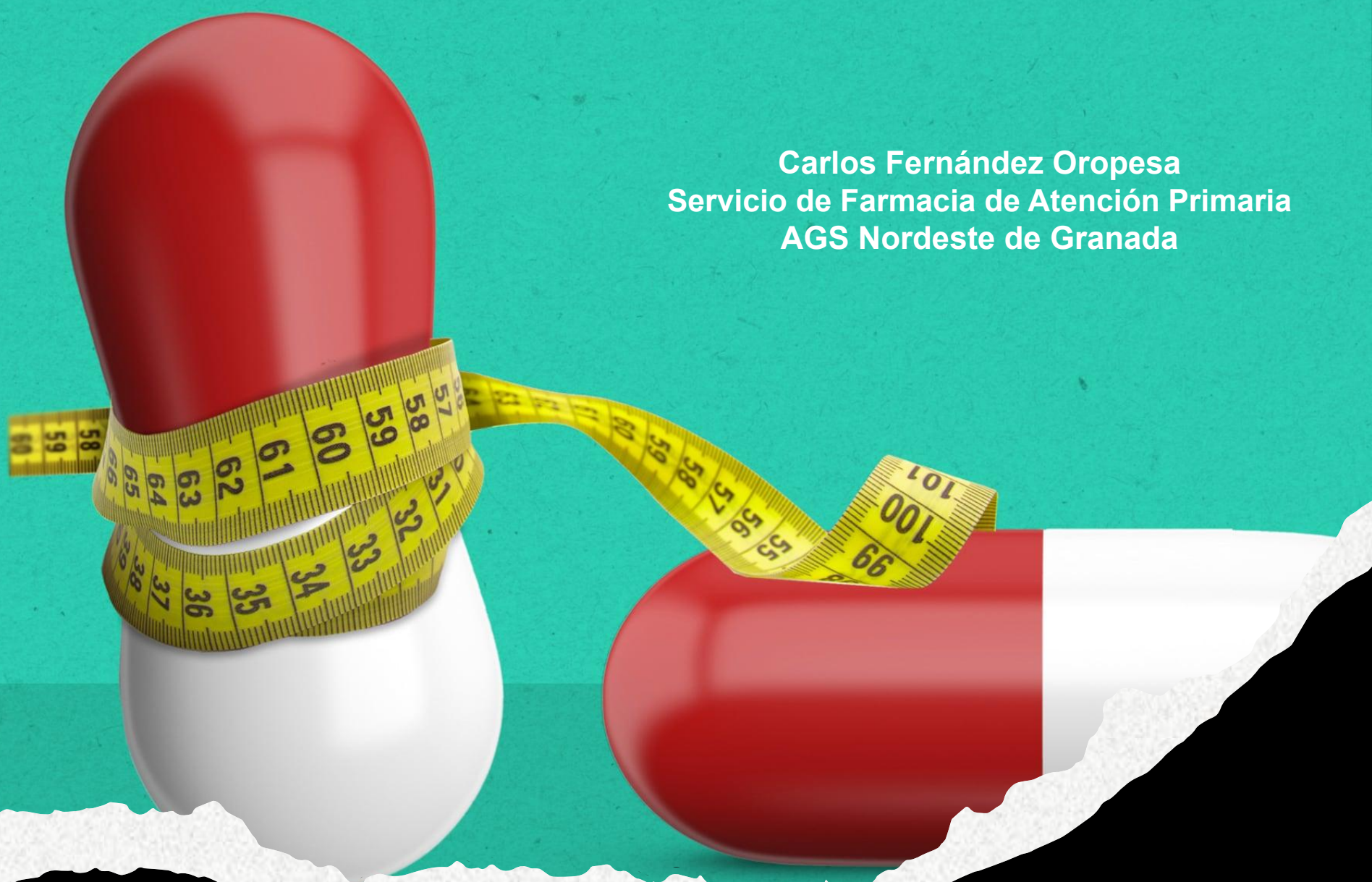


Carlos Fernández Oropesa
Servicio de Farmacia de Atención Primaria
AGS Nordeste de Granada



Abordaje holístico de la obesidad

Figura 14. Prevalencia de exceso de peso por provincia en el total de participantes en el estudio de situación ponderal ENE-COVID

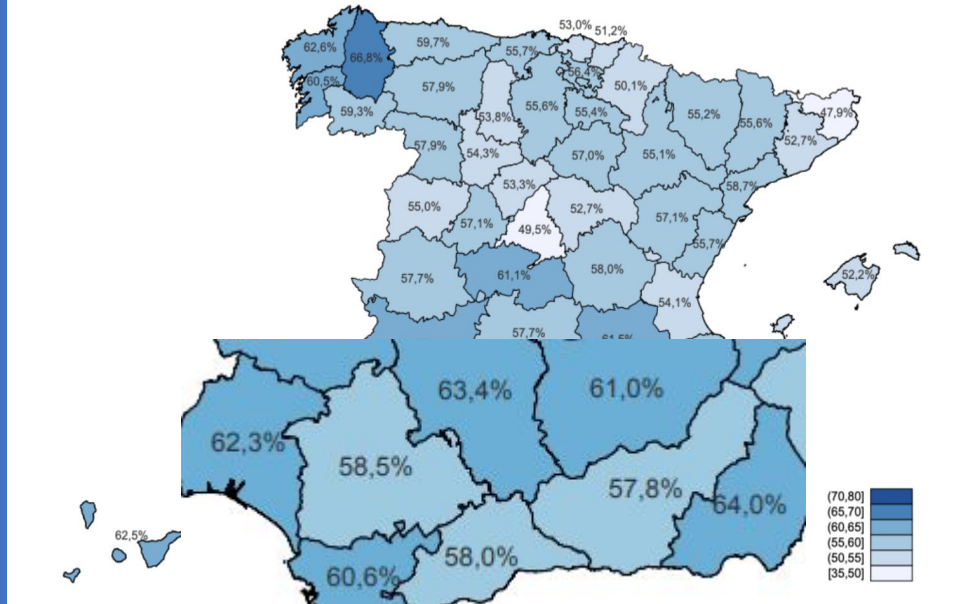
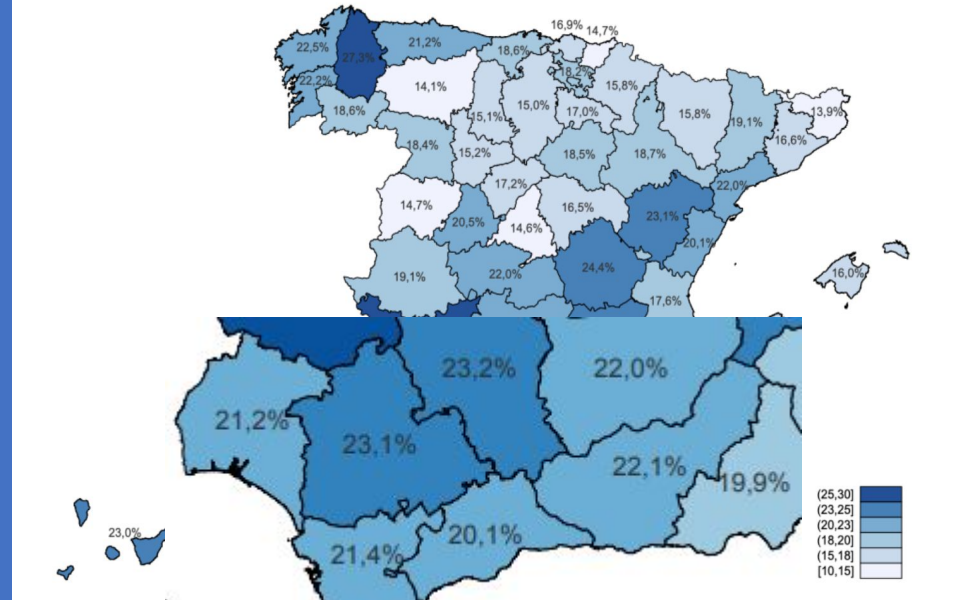


Figura 11. Prevalencia de obesidad por provincia en el total de participantes en el estudio de situación ponderal ENE-COVID





Spain

Fuente

World Obesity Atlas 2025

50%

Adults with high BMI in 2025

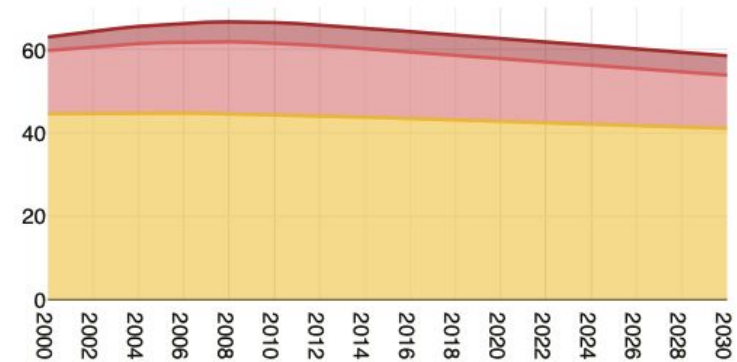
15%

Adults living with obesity in 2025

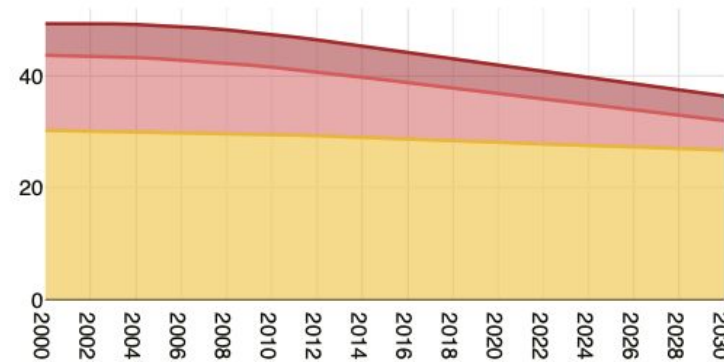
Overweight and obesity prevalence over time

Projected proportion of adults living with high Body Mass Index (25kg/m² and above)

% men with high BMI



% women with high BMI



■ BMI 25-<30
 ■ BMI 30-<35
 ■ BMI 35+

Adult population living with high BMI estimated in 2010, 2015 and projected to 2030 (in thousands)

BMI (kg/m ²)	Men			Women		
	2010	2015	2030	2010	2015	2030
25-<30	8,170	7,960	7,940	5,650	5,550	5,460
30-<35	3,170	2,960	2,470	2,300	1,990	1,080
35+	910	890	900	1,120	1,060	900
All high BMI	12,240	11,820	11,310	9,070	8,600	7,440

18.75m

Adults with high BMI in 2030

5,864

Premature NCD deaths due to high BMI, 2021



Diferencias metabólicas y celulares entre individuos activos y sedentarios durante el reposo y durante el ejercicio.

Metabolic and Cellular Differences Between Sedentary and Active Individuals at Rest and During Exercise

Inigo San-Millan ¹, Janel L. Martinez ², Genevieve C. Sparagna ³, Angelo D'Alessandro⁴, Davide Stefanoni ⁴, Travis Nemkov⁴, John Hill²

¹Department of Medicine, Division of Endocrinology, Metabolism and Diabetes, University of Colorado Anschutz Medical Campus, Aurora, CO, 80045 USA

²University of Colorado Anschutz Medical Campus, Aurora, CO, 80045 USA

³Department of Medicine, Division of Cardiology, University of Colorado Anschutz Medical Campus, Aurora, CO, 80045 USA

⁴Department of Biochemistry and Molecular Genetics, University of Colorado Anschutz Medical Campus, Aurora, CO 80045, USA

¿A qué edad tiene lugar el primer infarto en España?

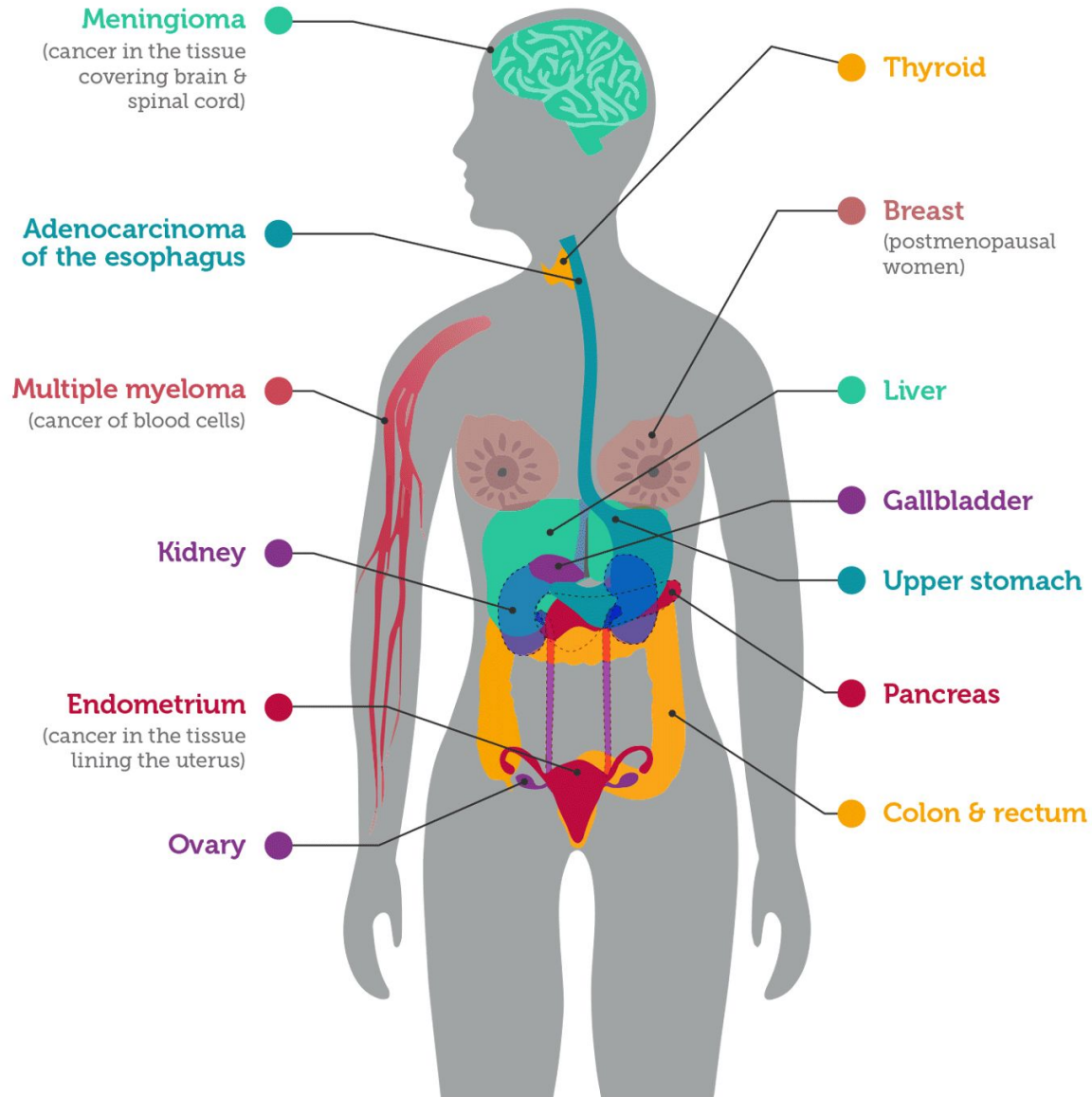


En España, la edad promedio en la que suele ocurrir el primer infarto de miocardio ha ido disminuyendo en las últimas décadas, pero en la actualidad se sitúa entre los 55 y 65 años para los hombres y entre los 65 y 75 años para las mujeres. Los hombres tienden a sufrir infartos a una edad más temprana que las mujeres, en parte debido a factores hormonales y de riesgo, como el tabaquismo y la hipertensión.

Sin embargo, factores de riesgo como el sedentarismo, el estrés, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la mala alimentación, el colesterol elevado y la hipertensión pueden acelerar la aparición de enfermedades cardiovasculares, lo que aumenta la posibilidad de sufrir un infarto incluso a edades más tempranas, por lo que hay casos de infartos en personas en sus **40 años** o incluso más jóvenes.

La prevención y el control de los factores de riesgo son claves para reducir la incidencia de infartos.

Cancers Associated with Overweight & Obesity



Sobre ingesta calórica crónica + Sedentarismo = Excedente energético

Grasa subcutánea >> Grasa visceral

Intestino - - Corazón - - - - Páncreas - - Riñones - - Hígado

Desdiferenciación

Insulinopenia

EHNA/NAFLD

ENA/NASH

ALT
AST

Aterogénesis

Inflamación crónica - - Estrés oxidativo - - Disfunción mitocondrial

Resistencia a la insulina

Apocalipsis

Hiperinsulinemia (compensatoria)

Hiperglucemia

a

Abordaje holístico de la obesidad

Lo que la gente cree que es salud



Lo que en realidad es salud





Diet

a

Descan

\$Ejercici

o



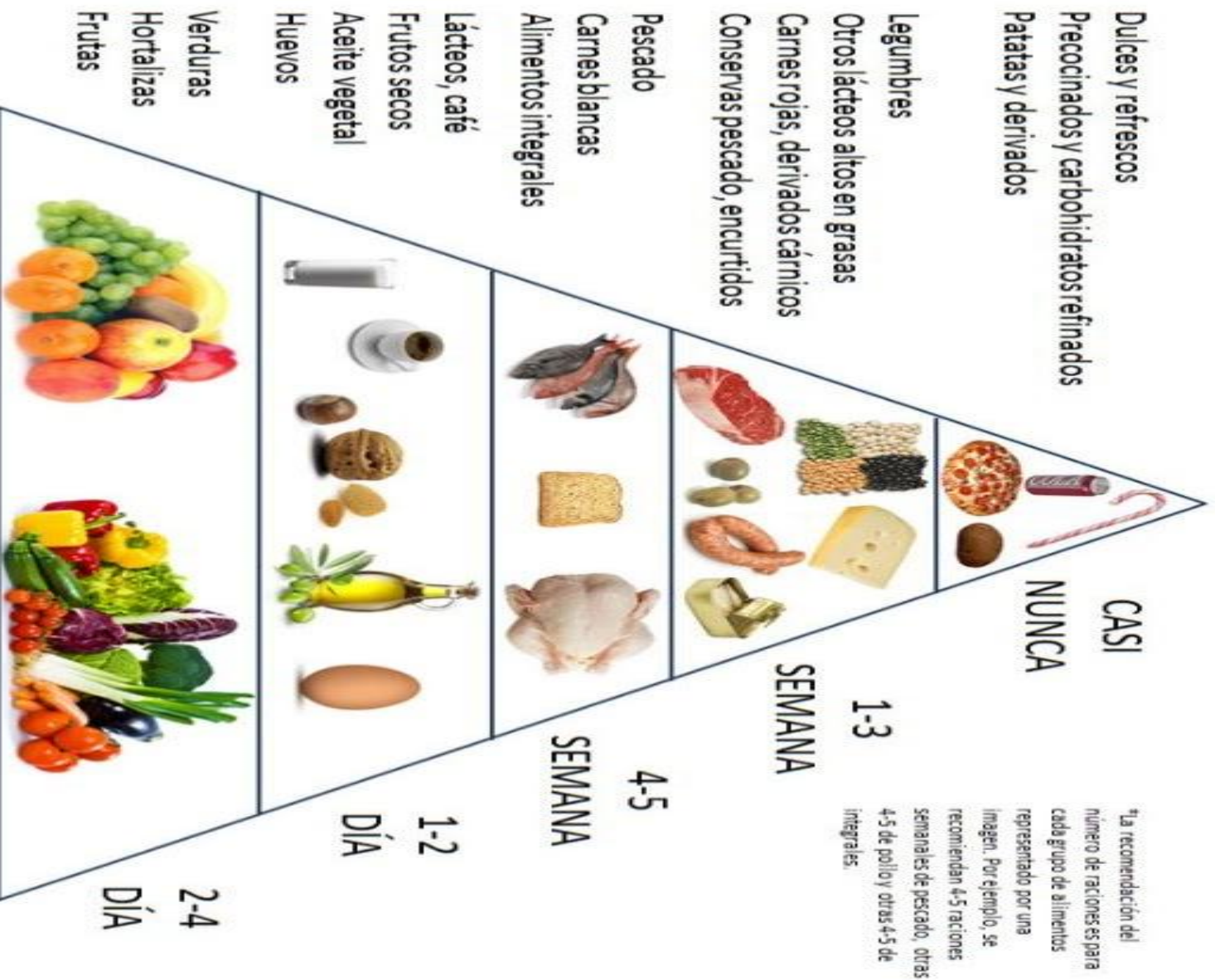
El ejercicio regular es indispensable para estar sano



Ilustración 26: Pirámide de entrenamiento Vive Más.

RACIONES RECOMENDADAS PARA CADA GRUPO DE ALIMENTOS*


Fuente




Decálogo para unos hábitos dietéticos saludables

- 1.- Planificar las comidas. Hacer lista de la compra.
 - 2.- Cocinar (más mercado y menos supermercado).
Cuchara/tenedor/cuchillo.
 - 3.- Poner la mesa. Comer juntos. Sin tele. Sin móviles. Hablar (o no).
 - 4.- Beber agua en las comidas. Restringir/eliminar el consumo de alcohol.
Restringir/eliminar el consumo de bebidas carbonatadas azucaradas.
 - 5.- Rotar las fuentes proteicas (carne-pescado-legumbres; complementar con huevos y lácteos no azucarados).
 - 6.- Tomar en todas las comidas una ración de fruta y verdura. (De temporada. De cercanía).
 - 7.- Usar como grasa de referencia el aceite de oliva. Mantequilla mejor que margarina.
 - 8.- Comer pan integral. De calidad. Racionarlo.
 - 9.- Restringir/eliminar salsas/mayonesas/kétchup del súper.
 - 10.- Adaptar el desayuno a tus necesidades (asco vs hambre; saludable vs no saludable).
- +1.- NO pasar hambre.
 - +2 .- Aplicar el enfoque 80:20; Premios, no castigos.
 - +3.- Comer –preferentemente- de día.

LO QUE A MUCHOS PADRES LES PREOCUPA QUE HAGAN SUS HIJOS


 QUE LEVANTEN PESO PORQUE FRENA EL CRECIMIENTO

 QUE TOMEN PROTEÍNA DE SUERO PORQUE AFECTA LOS RIÑONES


 QUE VAYAN A CORRER SIN DESAYUNAR PORQUE SE QUEDARÁN SIN ENERGÍA

 QUE SALGAN A LA CALLE POCO ABRIGADOS PORQUE PASARÁN FRÍO

LO QUE DEBERÍA PREOCUPARLES REALMENTE


 QUE DESAYUNEN BOLLERÍA TODOS LOS DÍAS

 QUE PASEN HORAS EN TIKTOK

 QUE APENAS LES DE EL SOL

 QUE NO HAGAN ACTIVIDAD FÍSICA

 QUE NO PASEN TIEMPO CON AMIGOS

 QUE NO LEAN LIBROS

OBESIDAD: EL FÁRMACO AYUDA, LOS HÁBITOS CAMBIAN LA VIDA

10 mensajes clave para implicar al paciente más allá de la estética

1



El objetivo no es solo pesar menos

Importa perder grasa, reducir cintura y mejorar salud, energía y calidad de vida.

2



La obesidad no es un problema estético

Se asocia a diabetes, riesgo cardiovascular, hígado graso, apnea del sueño y dolor articular.

3



El medicamento ayuda, pero no sustituye

Reduce el apetito y facilita adelgazar, pero no reemplaza dieta, ejercicio, sueño y autocuidado.

4



Úsalo como una ventana de oportunidad

Cuando el hambre está más controlada, es más fácil crear rutinas sostenibles.

5



Perder músculo no interesa

Bajar peso sin preservar masa muscular empeora fuerza, funcionalidad y resultado físico.

6



El ejercicio no sirve solo para quemar calorías

Mejora forma física, sueño, ánimo, metabolismo y salud cardiovascular.

7



No son cosmética inyectable

Son medicamentos útiles, pero con efectos adversos, contraindicaciones y necesidad de seguimiento.

8



Sin hábitos, el rebote es probable

Al retirar el tratamiento, recuperar peso es frecuente si no se han consolidado cambios de vida.

9



Los hábitos dan autonomía

Permiten depender menos del fármaco y mantener mejor los resultados a largo plazo.

10



El éxito real es perder grasa y ganar vida

Más fuerza, mejor movilidad, mejor descanso y menor riesgo futuro.



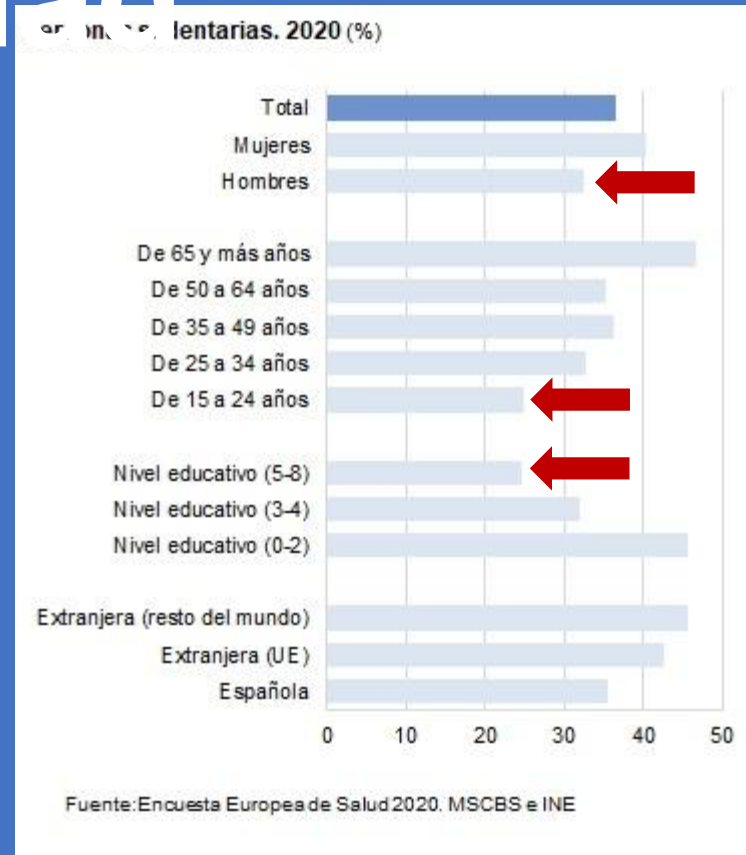
El fármaco puede ayudar a perder peso. Los hábitos hacen que esa pérdida sea más saludable, más segura, más estética y más duradera.



La (triste) realidad



Declaran hacer “algo” durante la semana/mes



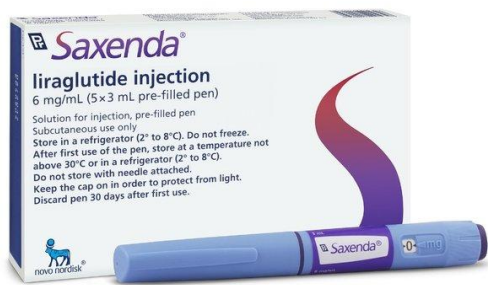
Declaran no hacer absolutamente nada



Medicamentos para la obesidad

Teva Announces Launch of Authorized Generic of Victoza® (liraglutide injection 1.8mg), in the United States

June 24, 2024 9:50 AM



Liraglutida
Novo
Nordisk
arGLP1
Ficha técnica



Semaglutida
Novo
Nordisk
arGLP1
Ficha técnica



Tirzepatida
Lilly
arGLP1 + arGIP
Ficha técnica

La 1ª línea de tratamiento de la obesidad es la **dieta** y el **ejercicio físico**, reservando el **tratamiento farmacológico para cuando no se alcanzan los objetivos de pérdida de peso** (al menos 5% a los 3-6 meses).^{1,2,3}

Recientemente se han comercializado dos nuevos fármacos, **semaglutida** y **tirzepatida**, que se suman a los ya disponibles en España, **orlistat** y **liraglutida**. Los fármacos para perder peso **NO ESTÁN FINANCIADOS**.⁴

La suspensión del tratamiento favorece la recuperación del peso, lo que obliga a su uso crónico, aunque no se dispone de datos a largo plazo.

¡SIEMPRE JUNTO CON DIETA Y EJERCICIO!

SEMAGLUTIDA (Wegovy®) ^{5,6,7}



TIRZEPATIDA (Mounjaro®) ^{8,9,10,11}



Mecanismo de acción

Agonista del receptor **GLP-1**.

Ambos: reducen el apetito y enlentecen el vaciado gástrico.

Agonista **dual** de los receptores **GLP-1 y GIP**.

Indicaciones (no financiadas)*

En **adolescentes** ≥ 12 años con obesidad y >60 Kg.

Ambos: Junto con **dieta baja en calorías** y **aumento de la actividad física** para el **control del peso** en **adultos** con **IMC** inicial de: a) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (obesidad), o b) $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ a $< 30 \text{ kg/m}^2$ (sobrepeso) en presencia de al menos una **comorbilidad** relacionada con el peso (hipertensión, dislipidemia, apnea obstructiva del sueño, enfermedad CV, prediabetes o DM2).

También para la **DM2** no controlada con dieta y ejercicio.

Posología

Inicio: **0,25 mg/semana**, vía SC. \uparrow progresivo de la dosis durante 16 semanas a intervalos de 4 semanas (0,5 mg \rightarrow 1 mg \rightarrow 1,7 mg; \rightarrow 2,4 mg).

Mantenimiento: **2,4 mg/semana**.
No recomendado en IR e IH graves.

Inicio: **2,5 mg/semana**, vía SC. Tras 4 semanas: \uparrow a 5 mg/semana.

Si es necesario: \uparrow de 2,5 mg a intervalos de 4 semanas. [Video](#) instrucciones al paciente.
Mantenimiento: **5, 10 y 15 mg***.
Precaución en IH grave y en IR grave y terminal.

Eficacia

*Diferencia vs placebo

	↓Peso (%)*		Resp $\geq 5\%$
	68 sem	104 sem	68 sem
Sin DM2	10,3-12,4	12,6	83,5-86,6
Con DM2	6,2	-	67,4

Reducción eventos CV (MACE) vs placebo, 40 meses: pacientes con ECV, $\text{IMC} \geq 27$, sin DM. RAR: 1,5%. NNT: 67.

	↓Peso (%)*			Resp $\geq 5\%$			
	72 sem	5 mg	10 mg	15 mg	5 mg	10 mg	15 mg
Sin DM2	11,9	16,4	17,8	85,1	88,9	90,9	
Con DM2	-	9,6	11,6	-	79	83	

Pendiente estudio de seguridad y eficacia CV (MACE) vs dulaglutida en pacientes con ECV, $\text{IMC} \geq 25$ y DM2.

Seguridad

EA: Cefalea, disgeusia, empeoramiento de la retinopatía diabética. 2,7% abandonos por EA.*

Ambos: EA: GI (dosis-dependientes, \downarrow con el tiempo: náuseas, vómitos, diarrea, distensión abdominal, estreñimiento, anorexia, eructos, flatulencia, reflujo), deshidratación (riesgo IR aguda), hipoglucemia (con insulina o secretagogos), \uparrow frecuencia cardíaca, alopecia, fatiga, mareo, hipotensión, colelitiasis, pancreatitis, \uparrow lipasa y amilasa.
No recomendados: embarazo, lactancia, enfermedad GI grave. **Precaución:** ancianos, tratamiento con dicumarínicos.

EA: EA GI más frecuentes. \uparrow calcitonina en sangre. 3,9% abandonos por EA.*

Presentaciones y precio

Pluma Flextouch 0,25 mg, 0,5 mg, 1 mg, 1,7 mg y 2,4 mg. Contiene 4 dosis para 1 mes. **Precio/mes** dosis mantenimiento (2,4 mg): **292,03 €**

Pluma KwikPen 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg y 10 mg*. Contiene 4 dosis para 1 mes. **Precio/mes** dosis mantenimiento: 5 mg: **271,35 €**; 10 mg: **358,71 €**

Disponible en: [espacio "Farmacia AP" de la intranet Salud@](#)

Bibliografía y abreviaturas disponibles en siguiente página

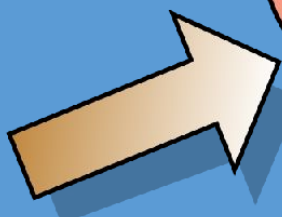
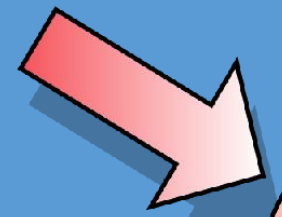


Glucagon Like Peptide type 1
Glucose-dependent
insulinotropic polypeptide

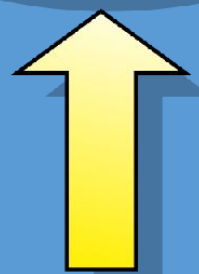
Incretins:
GLP-1, GIP

Stimulate
insulin
release

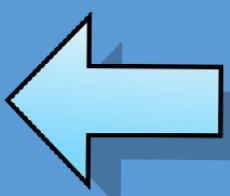
Inhibit
glucagon
release



Lowering
of blood
glucose

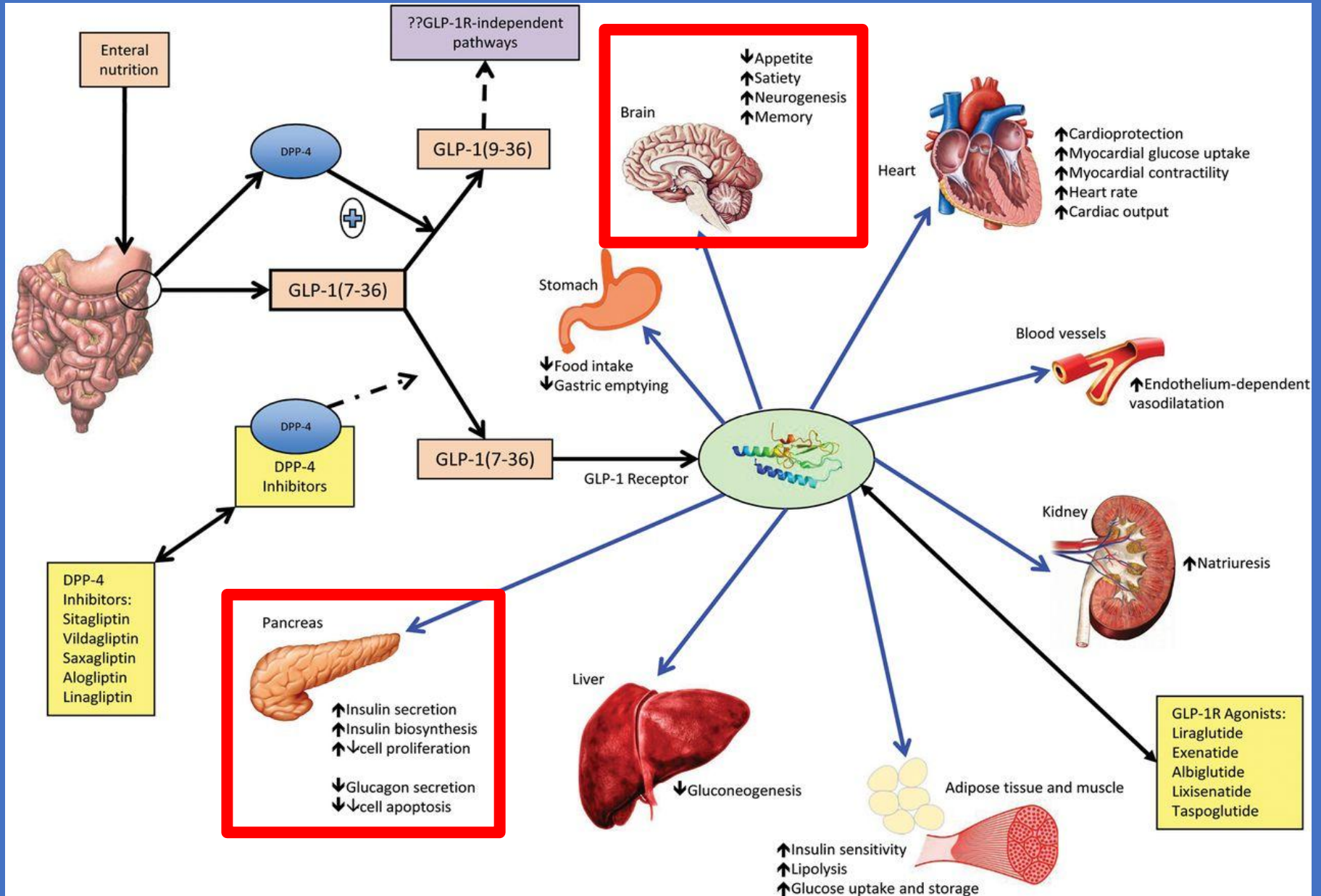


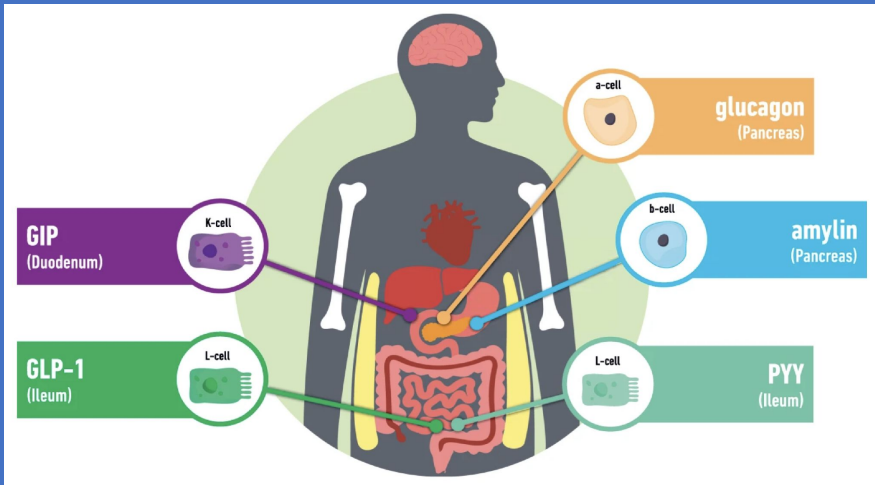
DPP-4
enzyme
inactivates
incretins



DPP-4 inhibitors (drugs)
block DPP-4

Mecanismo de acción de las incretinas





GLP-1

	↓ appetite ↓ food intake	↑ nausea
	↑ insulin	↓ glucagon
	↓ gastric emptying	
	↑ lipolysis	
	↑ cardioprotection	↑ heart rate

GIP

	↓ appetite*	↓ nausea
	↑ insulin	↑ glucagon
	↓ gastric acid secretion	
	↑ lipid deposition	↑ lipogenesis
	↓ bone resorption	

Amylin

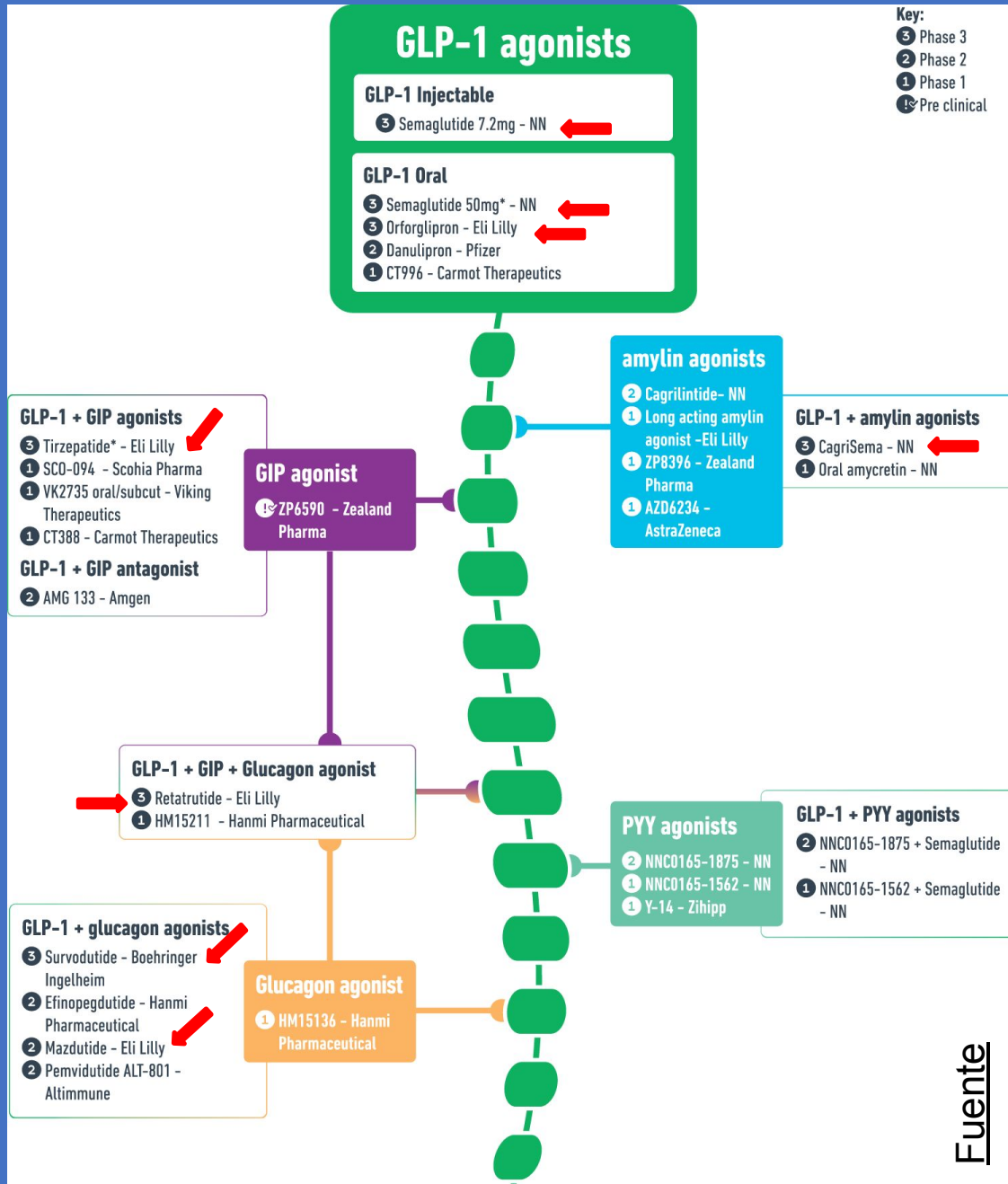
	↓ appetite	↓ food intake
	↓ glucagon	
	↑ energy expenditure*	
	↓ gastric emptying	
	↓ osteoclast activity	↑ osteoblast activity

PYY

	↓ appetite ↓ food intake	↑ nausea
	↓ gastric emptying	
	↑ energy expenditure*	

Glucagon

	↓ appetite ↓ food intake	↑ nausea
	↑ insulin	
	↑ hepatic glucose production	↑ lipid oxidation ↓ hepatic lipid synthesis
	↓ gastric emptying	
	↑ energy expenditure	
	↑ heart rate	



El mercado de la obesidad contará con 16 nuevos medicamentos en los próximos cinco años

Las ventas de estos tratamientos para adelgazar alcanzarán los 200.000 millones de dólares en 2031, según Morningstar.

Vienen de camino

Novedades

Cambios en su medicación de Diabetes:

COMUNICADO DE PRENSA DE LA FDA

La FDA aprueba un cuarto producto bajo el Programa Nacional de Vales de Prioridad:

La FDA aprobó el miércoles el orforglipron de Eli Lilly, que se conocerá con el nombre de Foundayo, lo que oficialmente da inicio a lo que los analistas creen que será una feroz rivalidad con el Wegovy oral de Novo Nordisk.

Para difusión inmediata: 19 de marzo de 2020

1 de abril de 2026

La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) aprobó hoy una nueva dosis más alta (7,2 mg) de la inyección de Wegovy (semaglutida), denominada Wegovy HD, para la pérdida de peso y el mantenimiento a largo plazo de la misma en ciertos pacientes adultos. La decisión se concedió tan solo 54 días después de la solicitud y representa la cuarta aprobación en el marco del programa piloto del Programa Nacional de Vales de Prioridad (CNPV) del Comisionado.



Ante la duda, consulte en su farmacia

Si se equivoca con la dosis, podría sentir náuseas o malestar estomacal.

Novedades

Related Features

[VISUAL GUIDELINE](#)[VIDEO SUMMARY](#)

[Fuente](#)

Clinical Guidelines | 16 June 2026

Pharmacologic Treatments With Lifestyle Modifications in Nonpregnant Adults With Overweight or Obesity in Outpatient Settings: A Living Clinical Guideline From the American College of Physicians (April 2026) FREE

Related Features

[VIDEO SUMMARY](#)

[Fuente](#)

Reviews | 16 June 2026

Benefits and Harms of Pharmacologic Treatments in Adults With Overweight or Obesity: A Living Systematic Review and Network Meta-analysis for the American College of Physicians

Authors: Johanna A.A. Damen, PhD   , Demy L. Idema, MSc, Robin W.M. Vernooij, PhD  , Linde F. Huis in 't Veld, MSc  , Mike P.T. Kusters, MSc  , Marle E. Lokerse, MSc  , Emilie de Kanter, MSc, Rene Spijker, MSc, Kim van der Braak, MSc  , Kevin Jenniskens, PhD  , Michiel S. Oerbekke, PhD, and Lotty Hooft, PhD  | [AUTHOR, ARTICLE, & DISCLOSURE INFORMATION](#)

SOBREPESO Y OBESIDAD

Consideraciones clínicas clave sobre el manejo farmacológico



Resumen de guía ACP

1. Enfoque general



- Base del tratamiento: alimentación, actividad física e intervenciones conductuales.
- Si los cambios de estilo de vida no son factibles, no debe negarse el tratamiento farmacológico.

2. Seguimiento y seguridad



- Explicar riesgos de la pérdida de peso: déficits nutricionales, pérdida de masa muscular y de densidad ósea.
- Especial atención en adultos mayores.
- Seguimiento mensual hasta alcanzar la dosis de mantenimiento.

3. IMC: puntos de corte orientativos

Blancos, hispanos o negros	Sur, sudeste o este de Asia
• Sobrepeso: IMC 25–29,9 kg/m ²	• Sobrepeso: IMC 23–24,9 kg/m ²
• Obesidad: IMC ≥30 kg/m ²	• Obesidad: IMC ≥25 kg/m ²

i Los puntos de corte por raza/etnia no están totalmente estandarizados.

4. Más allá del IMC



- A nivel individual, la cintura y el índice cintura-cadera predicen mejor el riesgo que el IMC.
- Circunferencia de cintura: hombres ≥102 cm | mujeres ≥88 cm.
- Índice cintura-cadera: hombres >0,90 | mujeres >0,85.

5. Uso de fármacos



- Usar la dosis más baja posible que mantenga eficacia y minimice efectos adversos.
- Valorar suspensión si no se tolera el fármaco o si no se pierde ≥5% del peso con la dosis máxima tolerada.

6. Embarazo



- Suspender semaglutida, tirzepatida, fentermina-topiramato, liraglutida o naltrexona-bupropión si se produce embarazo.
- Con fentermina-topiramato: prueba de embarazo mensual si existe posibilidad de gestación.

7. Duración del tratamiento



- La duración óptima es incierta.
- Faltan datos sólidos de seguridad a largo plazo.
- Al suspender el tratamiento suele haber recuperación del peso.
- Conviene hablar con el paciente sobre un posible uso prolongado o de por vida.

8. Alertas y lagunas



- Fentermina-topiramato es una sustancia controlada; la regulación varía según el contexto.
- Se desconocen beneficios y riesgos tras cirugía bariátrica reciente.



IDEA CLAVE

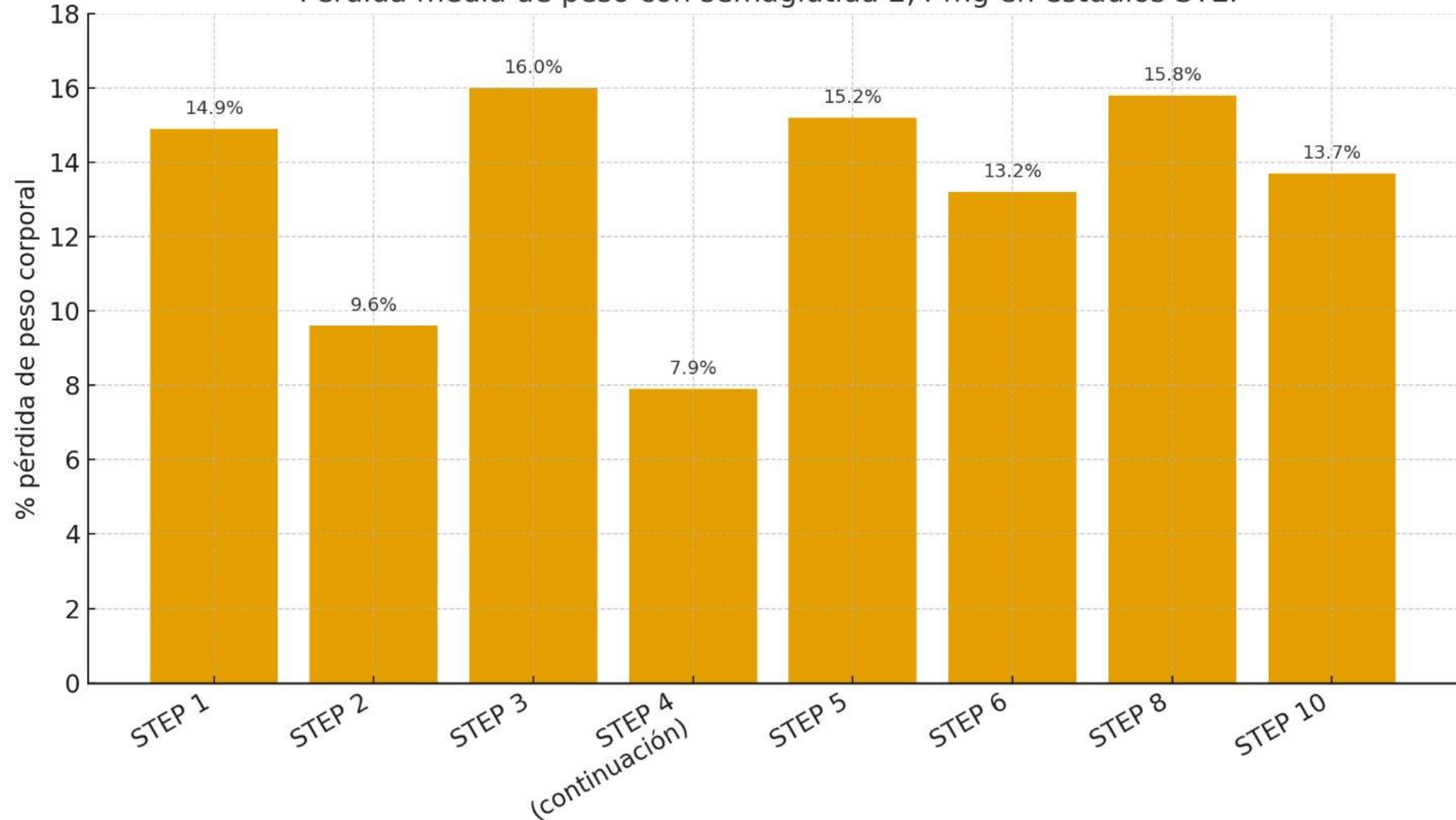
El tratamiento del sobrepeso y la obesidad debe individualizarse: combinar cambios de estilo de vida, selección cuidadosa del fármaco, seguimiento estrecho y una conversación honesta sobre riesgos, objetivos y duración del tratamiento.

**Vayamos
por
partes**



Programa STEP

Pérdida media de peso con semaglutida 2,4 mg en estudios STEP



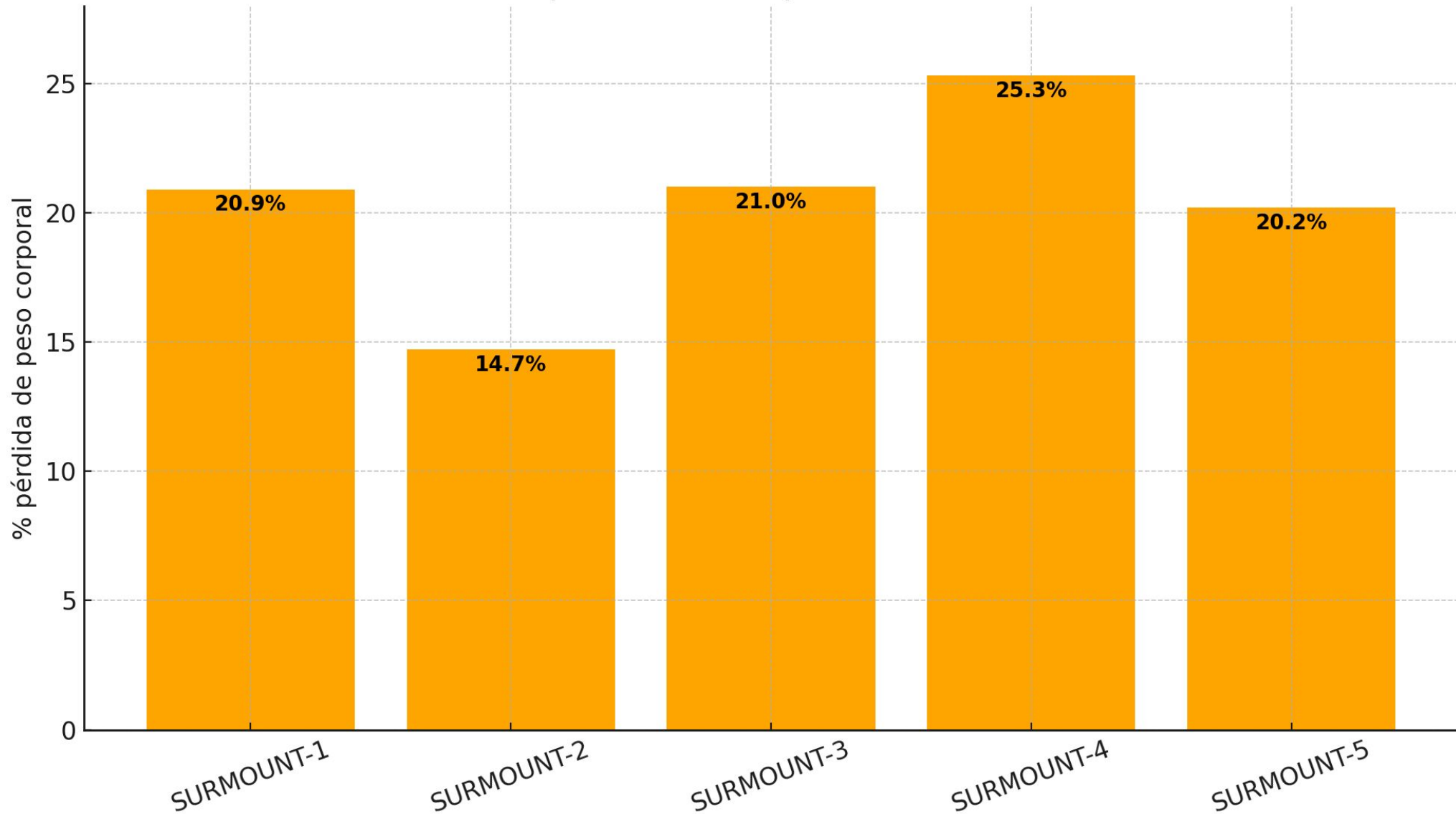
Programa SURPASS

Estudio	Población / contexto	Diseño	Resultados de eficacia
<u>SURPASS-1</u>	T2DM, solo dieta/ejercicio, sin fármacos previos	40 sem, tirzepatida (5, 10, 15 mg) vs placebo	↓ HbA1c: -1,9% a -2,1% vs -0,1% placebo; ↓ peso: -7,0 a -9,5 kg vs -0,7 kg
<u>SURPASS-2</u>	T2DM con metformina	40 sem, tirzepatida (5, 10, 15 mg) vs semaglutida 1 mg	↓ HbA1c: -2,0% a -2,3% vs -1,9% (semaglutida); ↓ peso: -7,6 a -11,2 kg vs -5,7 kg
<u>SURPASS-3</u>	T2DM con metformina ± SGLT2i	52 sem, tirzepatida (5, 10, 15 mg) vs insulina degludec	↓ HbA1c: -1,9% a -2,4% vs -1,3% (degludec); ↓ peso: -7,5 a -12,9 kg vs +2,3 kg
<u>SURPASS-4</u>	T2DM con alto riesgo CV, insulina basal previa	Hasta 104 sem, tirzepatida (5, 10, 15 mg) vs insulina glargina	↓ HbA1c: -2,4% a -2,6% vs -1,4% (glargina); ↓ peso: -7,1 a -11,7 kg vs +1,9 kg
<u>SURPASS-5</u>	T2DM con insulina glargina ± metformina	40 sem, tirzepatida (5, 10, 15 mg) vs placebo añadido	↓ HbA1c: -2,1% a -2,4% vs -0,9% placebo; ↓ peso: -5,4 a -8,8 kg vs +1,6 kg

SURPASS: Semaglutide Treatment Effect in Type 2 Diabetes

Programa SURMOUNT

Pérdida media de peso con tirzepatida en estudios SURMOUNT



Un apunte sobre la tirzepatida



IPT-305/V1/19082024

INFORME DE POSICIONAMIENTO TERAPÉUTICO
IPT-305/V1/19082024

Informe de Posicionamiento Terapéutico de tirzepatida (Mounjaro®) como complemento a una dieta baja en calorías y un aumento de la actividad física para el control de peso, incluida la pérdida y el mantenimiento del peso, en adultos con obesidad, o sobrepeso y comorbilidades asociadas

El perfil de seguridad en la nueva población con sobrepeso u obesidad confirma el perfil observado anteriormente en pacientes con DM2, siendo consistente con el de los aGLP-1 en esta población. Esta nueva población parece ser más susceptible a EA gastrointestinales. Cuatro nuevos EA (alopecia, mareos, colecistitis e hipotensión) han sido añadidos, algunos de ellos posiblemente relacionados con la pérdida de peso, son necesarios más datos de los estudios en curso.

Tirzepatida (Mounjaro®) ¹⁸	3
Farmacología ¹⁸	3
Eficacia ^{18,19}	3
Seguridad ^{18,19,20,21}	12
Discusión	14
Conclusión	21
Grupo de expertos	22
Anexo	24
Referencias	31

Otro sobre orforgliprón

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

CURRENT ISSUE ▾ SPECIALTIES ▾ TOPICS ▾

This content is available to subscribers. [Subscribe now](#). Already have an account? [Log in](#)

ORIGINAL ARTICLE

f x in e b

Orforglipron, an Oral Small-Molecule GLP-1 Receptor Agonist, in Early Type 2 Diabetes

Authors: Julio Rosenstock, M.D., Stanley Hsia, M.D., Luis Nevarez Ruiz, M.D., Sarah Eyde, Ph.D., David Cox, Ph.D., Wen-Shuo Wu, M.D., Rong Liu, Ph.D., [+5](#), for the **ACHIEVE-1 Trial** Investigators* [Author Info & Affiliations](#)

Published June 21, 2025 | N Engl J Med 2025;393:1065-1076 | DOI: 10.1056/NEJMoa2505669 | **VOL. 393 NO. 11**

Fuente

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

CURRENT ISSUE ▾ SPECIALTIES ▾ TOPICS ▾

This content is available to subscribers. [Subscribe now](#). Already have an account? [Log in](#)

ORIGINAL ARTICLE

f x in e b

Orforglipron, an Oral Small-Molecule GLP-1 Receptor Agonist for Obesity Treatment

Authors: Sean Wharton, M.D., Louis J. Aronne, M.D., Adam Stefanski, M.D., Ph.D., Nasreen F. Alfaris, M.D., M.P.H., Andreea Ciudin, M.D., Ph.D., Koutaro Yokote, M.D., Ph.D., Bruno Halpern, M.D., Ph.D., [+6](#), for the **ATTAIN-1 Trial** Investigators* [Author Info & Affiliations](#)

Published September 16, 2025 | DOI: 10.1056/NEJMoa2511774 | **Copyright © 2025**

Fuente

Otros medicamentos

ORIGINAL ARTICLE

Survodutide Once Weekly for the Treatment of Adults with Obesity

C.W. le Roux,^{1,2} S. Wharton,^{3,4} E. Startseva,⁵ I.M. Kloer,⁵ S.A. Hussain,⁵ A. Unsel,⁶ B. Bozkurt,⁷ J.D. Ard,^{8,9} H.E. Bays,¹⁰ P. Bogdański,¹¹ E.I. Ekinci,¹²⁻¹⁵ A.M. Jastreboff,¹⁶⁻¹⁸ L. Ji,^{19,20} W. Ogawa,^{21,22} S.D. Pedersen,^{23,24} K.H. Pietiläinen,^{25,26} N. Sattar,²⁷ J. Seufert,²⁸ K. Stenlöf,^{29,30} A.P. van Beek,³¹ R. Vangoitsenhoven,^{32,33} M. Brueckmann,^{5,34} R. Younes,⁵ and L.M. Kaplan,^{35,36} for the SYNCHRONIZE-1 Investigators*

Fuente

ARTÍCULOS · Volumen 407, Número 10546, P2402-2413, 13 de junio de 2026

[Descargar el número completo](#)

Eficacia y seguridad de retatrutida, un agonista de los receptores de GIP, GLP-1 y glucagón, en personas con diabetes tipo 2 y control glucémico inadecuado con dieta y ejercicio (TRANSCEND-T2D-1) un ensayo de fase 3, doble ciego y aleatorizado.

[Harpreet S Bajaj, MD](#), [Michelle Welch, MD](#), [Parag Shah, MD](#), [Eduardo Luna, MD](#), [Fatima-Zahra Jaouimaa, Doctora en Filosofía](#), [Bing Liu, PhD](#) y otros. [Mostrar más](#)

Fuente

Otros medicamentos



CagriSema en DM2

Resumen visual de los ensayos REIMAGINE 1, 2 y 3



Combinación semanal de cagrilintida + semaglutida



1 HbA1c: mejora consistente



2 Peso: reducción relevante cuando se reporta



3 Seguridad: perfil GI predominante

REIMAGINE 1

DM2 temprana • dieta y ejercicio



Diseño/Población:
Fase 3 • n=189 • 40 semanas • vs placebo



HbA1c:

- 2,4 mg + 2,4 mg: **-1,8** puntos
- 1,0 mg + 1,0 mg: **-1,5** puntos
- Placebo: **-0,1** puntos

ETD vs placebo: **-1,7 y -1,3** (p<0,0001)



Peso:

Hasta **-13,8%**

ETD vs placebo: **-12,4 y -10,4** puntos porcentuales



Seguridad:

- EA: **79% / 75% / 66%**
- Mayoría GI leves-moderados



Superior a placebo en HbA1c y peso en DM2 sin tratamiento farmacológico.

REIMAGINE 2

DM2 + sobrepeso/obesidad • metformina ± iSGLT2



Diseño/Población:
Fase 3 • n=2713 • 68 semanas • comparación activa



HbA1c (comparación principal):

- CagriSema 2,4 mg + 2,4 mg: **-1,91** puntos
- Semaglutida 2,4 mg: **-1,75** puntos

ETD: **-0,16** (IC 95% **-0,27 a -0,05**) • p=0,0035



Peso:

El extracto aportado no cuantifica aquí el cambio ponderal



Seguridad:

- EA: **86,9% vs 81,2%**
- GI = eventos más frecuentes



Aporta un beneficio glucémico adicional, modesto pero significativo, frente a semaglutida 2,4 mg.

REIMAGINE 3

DM2 con insulina basal ± metformina



Diseño/Población:
Fase 3a • n=274 • 40 semanas • vs placebo



HbA1c:

- 2,4 mg + 2,4 mg: **-2,33** puntos
- 1,0 mg + 1,0 mg: **-2,10** puntos
- Placebo: **-0,66** puntos

ETD vs placebo: **-1,68 y -1,44** (p<0,0001)



Peso:

Reducción de hasta **-12%**



Seguridad:

- EA: **80% / 71% / 71%**
- Sin hipoglucemia grave
- 1 fallecimiento no relacionado



Como complemento a insulina basal, mejora HbA1c y peso sin aumentar el riesgo de hipoglucemia grave.



Lectura clínica



Eficacia glucémica consistente en distintos escenarios de DM2.



La pérdida de peso fue marcada en REIMAGINE 1 y 3.



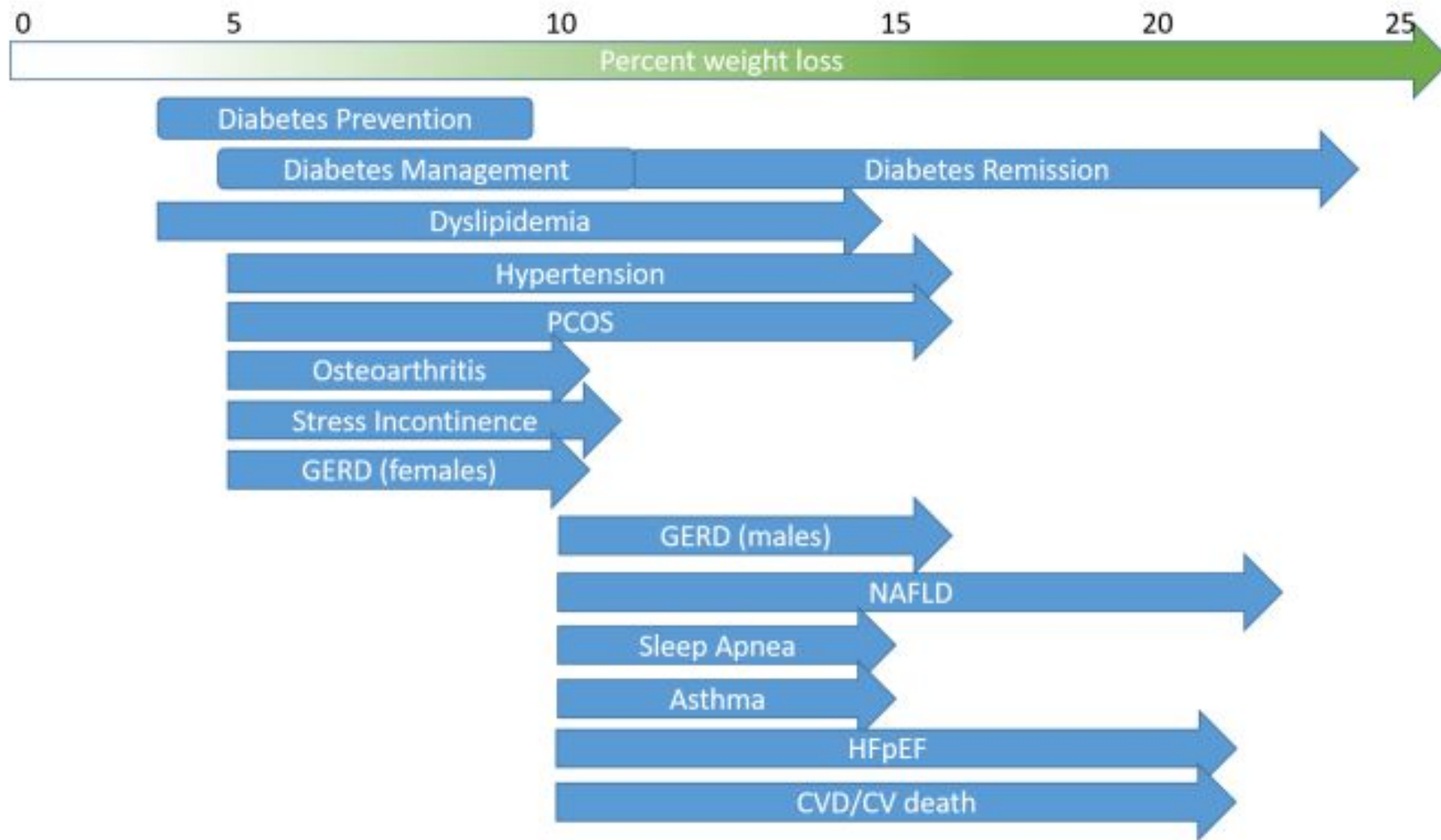
La tolerabilidad estuvo dominada por efectos gastrointestinales.



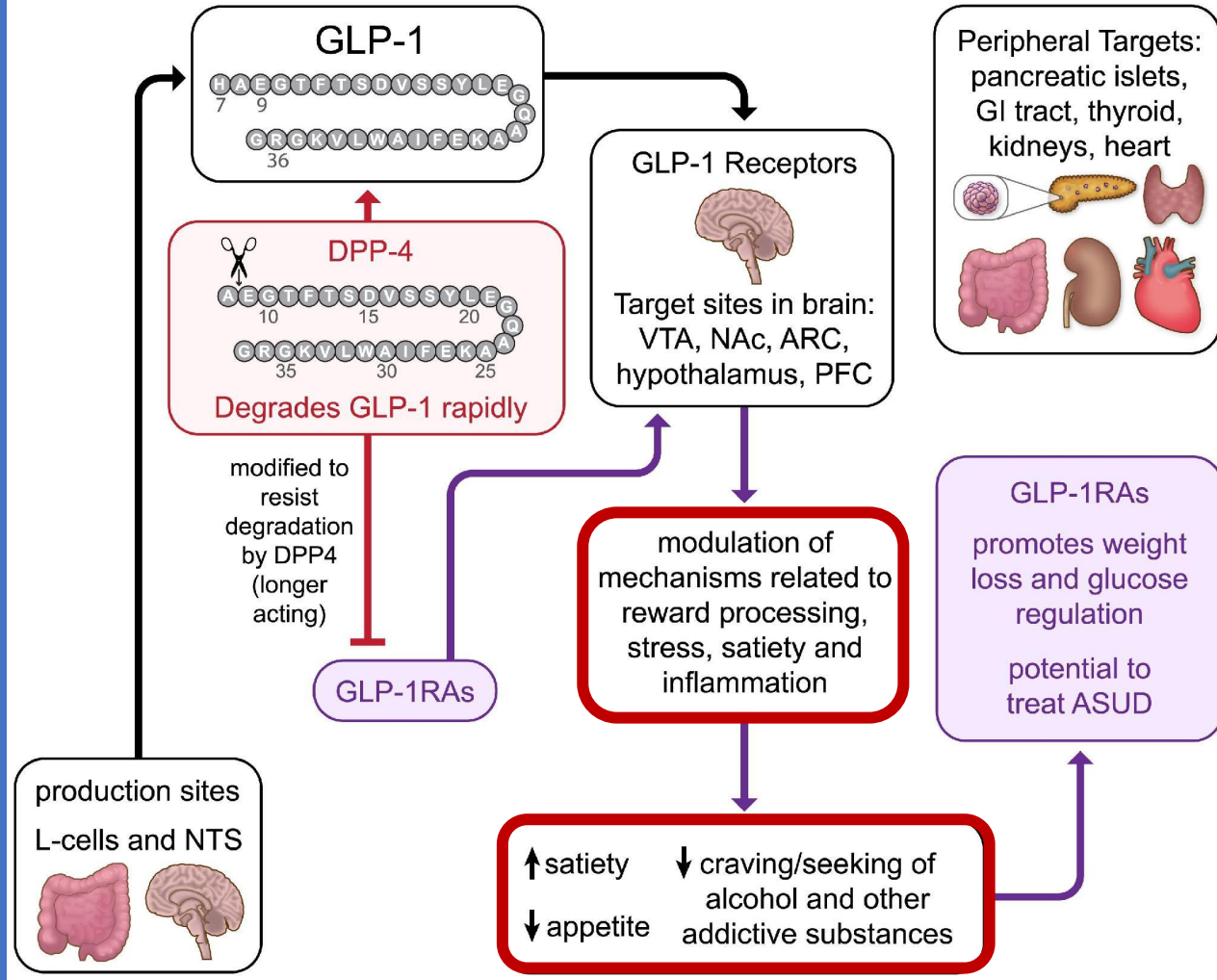
No conviene comparar magnitudes entre ensayos: poblaciones y comparadores fueron diferentes.

Fuentes: abstracts de los 3 ensayos facilitados por el usuario (The Lancet Diabetes & Endocrinology / The Lancet, 2026).

Supplemental Figure 1: The progressive therapeutic benefits of increasing amounts of weight loss

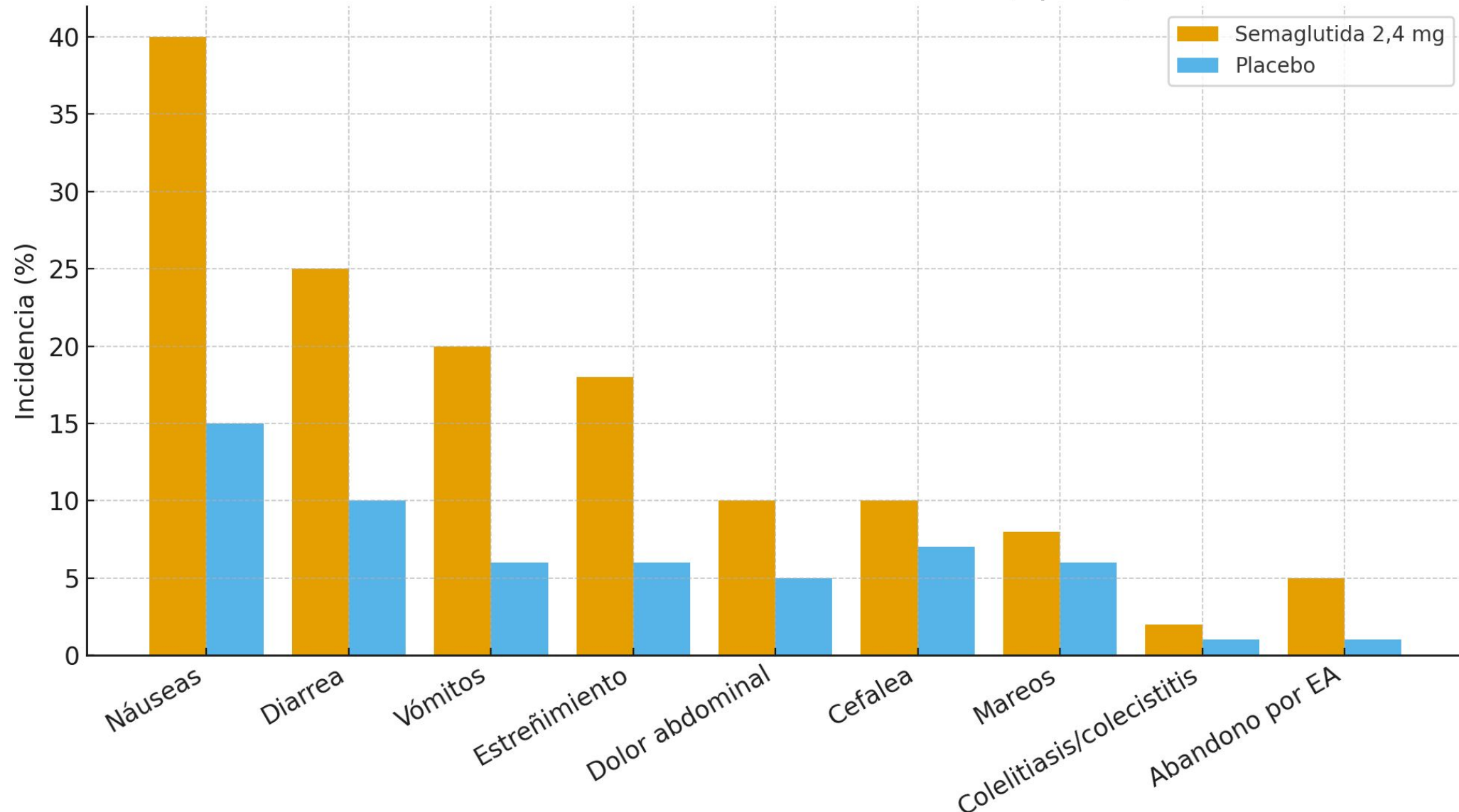


GLP-1 Therapeutics and Their Emerging Role in Alcohol and Substance Use Disorders: An Endocrinology Primer



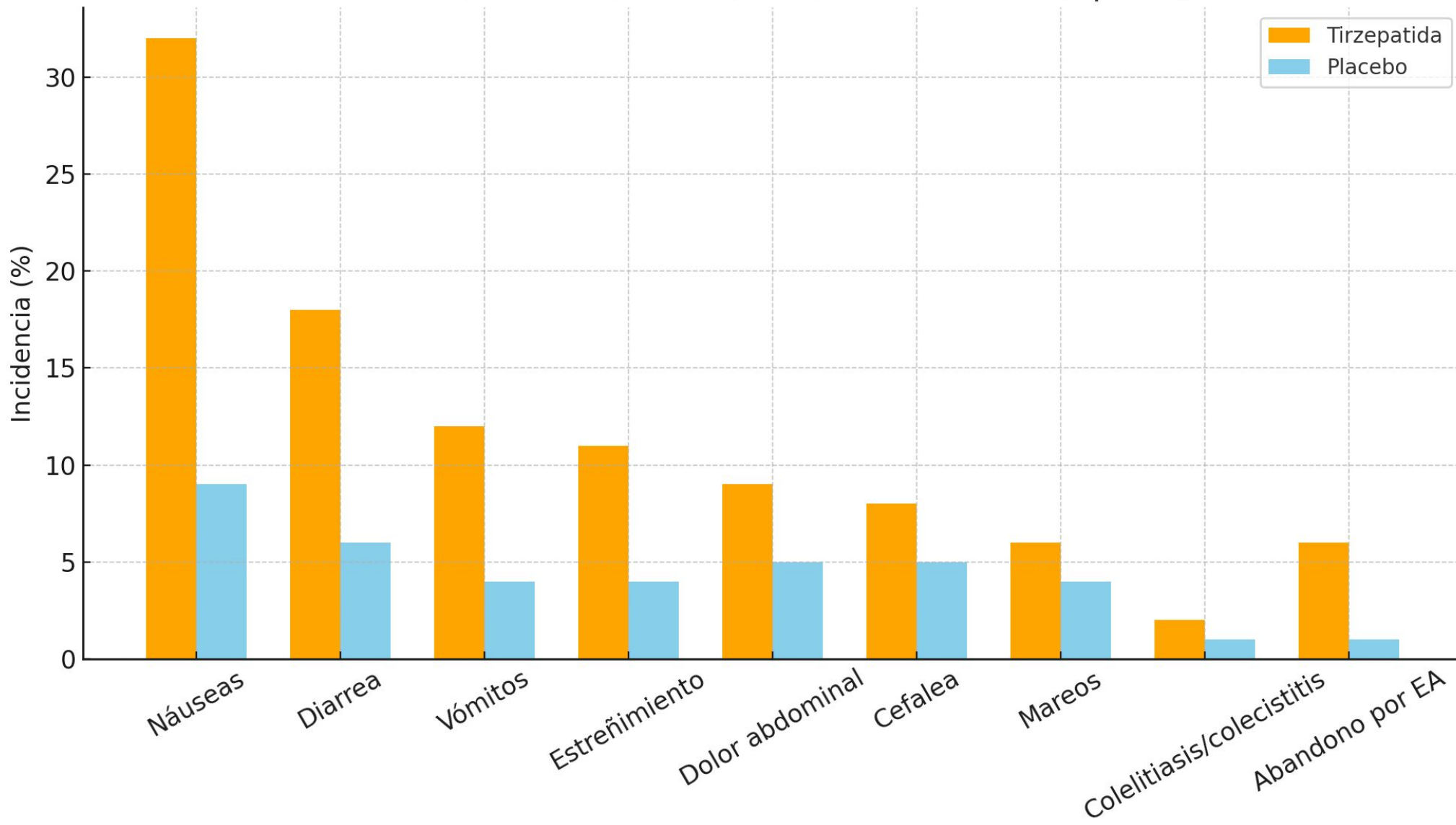
Programa STEP: seguridad

Efectos adversos en estudios STEP (aprox.)



Programa SURMOUNT: seguridad

Efectos adversos en estudios SURMOUNT (aprox.)



Otros problemas de seguridad: NAION



La AEMPS informa de una reacción adversa ocular muy infrecuente en pacientes tratados con semaglutida

[Inicio](#) > [Comunicación](#) > [Notas de seguridad](#) > La AEMPS informa de una reacción adversa ocular muy infrecuente en pacientes tratados con semaglutida

Generar PDF

Fecha de publicación: 09 de junio de 2025

Categoría: medicamentos de uso humano, seguridad

Referencia: MUH (FV), 03/2025

- Se confirma el riesgo de neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica (NOIANA) en pacientes tratados con semaglutida
- La frecuencia de aparición de NOIANA durante el tratamiento con semaglutida es muy baja
- Ante la pérdida repentina de visión debe realizarse un examen oftalmológico, y en caso de confirmarse esta entidad, se debe interrumpir el tratamiento

Broncoaspiración

Boletín sobre Seguridad de Medicamentos de Uso Humano. Julio y agosto de 2024

[Fuente](#)

○ Exenatida, liraglutida, dulaglutida, semaglutida, lixisenatida, tirzepatida: aspiración y neumonía por aspiración

Se han notificado casos de broncoaspiración en pacientes tratados con agonistas del receptor GLP-1 bajo anestesia general o sedación profunda. Hay que tener en cuenta el riesgo aumentado de mayor contenido gástrico residual debido al retraso en el vaciamiento gástrico en estos pacientes antes de realizar anestesia general o sedaciones profundas.



[Fuente](#)

Incluida en el banco de preguntas el 24/03/2025. Categorías: [Anestesia](#), [Cirugía](#), [Endocrinología](#) .

¿Es necesario suspender semaglutida antes de un procedimiento quirúrgico electivo?

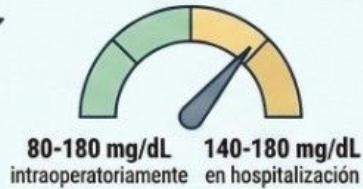
La pregunta original del usuario era "En un paciente en tratamiento con semaglutida por obesidad que precisa una intervención quirúrgica electiva, ¿se debería suprimir el tratamiento previamente a la cirugía?"

Is it necessary to suspend semaglutide before an elective surgical procedure?

No se ha encontrado una decisión unánime respecto a la necesidad de suspender, previamente a la cirugía, el tratamiento con semaglutida, un agonista de los receptores del péptido similar al glucagón 1 (GLP-1 RA, por sus siglas en inglés), en un paciente tratado por obesidad que se va a someter a un procedimiento quirúrgico electivo. La decisión se debería tomar de forma individualizada, tras la evaluación, junto con el paciente, de los potenciales riesgos asociados tanto al mantenimiento como a la suspensión del tratamiento.

Riesgo quirúrgico de los antidiabéticos

Objetivos de Control Glucémico



Mantener niveles seguros

Evitar hipo/hiperglucemia

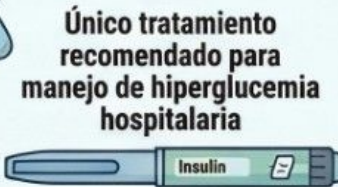
Criterios para Posponer Cirugía Electiva



- ⚠ HbA1c >8%
- ⚠ Glucemia >300 mg/dL
- ⚠ Presencia de cetoacidosis activa

Riesgo elevado de infección y mortalidad

Insulina como Fármaco de Elección



Único tratamiento recomendado para manejo de hiperglucemia hospitalaria

✓ Mayor control, menor riesgo

7 Días Antes: Agonistas GLP-1 Semanales



Semana antes de la cirugía



Semaglutida sc



Dulaglutida



Suspender para evitar riesgo de aspiración pulmonar

3 a 4 Días Antes: Inhibidores de SGLT2



3 a 4 días antes de la cirugía



Empagliflozina



Ertugliflozina



Suspender por riesgo de cetoacidosis euglucémica

Día de la Cirugía: Metformina y Sulfonilureas



Metformina



Sulfonilureas/
Meglitinidas

⚠ Metformina:
Evitar acidosis láctica

⚠ Sulfonilureas/Meglitinidas:
Evitar hipoglucemia grave

Fármacos que Pueden Mantenerse: iDPP-4



Sitagliptina Linagliptina

Sitagliptina y linagliptina presentan riesgo mínimo de hipoglucemia en ayunas

Fuente

Pancreatitis

[Home](#) > [Health and social care](#) > [Public health](#) > [Health improvement](#)

Press release

If you take a GLP-1 medicine and have been hospitalised by acute pancreatitis, the Yellow Card Biobank wants to hear from you

GLP-1 medicines are licensed for Type 2 diabetes and weight management, and include the branded products Ozempic, Mounjaro and Wegovy

Fuente

The use of

ated with

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE
EXCELLENCE

Final Appraisal Document

Semaglutide for managing overweight and
obesity

GLP-1 receptor a
thyro

Bezin J., Gouverneur A., F
Hillaire-Buys D

Nationwide pop
French 1

3,746,672 individu 1.1
treated with secur
betwe

 2,562 case

 45,184 ma

Recommendations

Semaglutide is recommended as an option for weight management, including weight loss and weight maintenance, alongside a reduced-calorie diet and increased physical activity in adults, only if:

- it is used for a maximum of 2 years, and within a specialist weight management service providing multidisciplinary management of overweight or obesity (including but not limited to tiers 3 and 4), and
- they have at least 1 weight-related comorbidity and:
 - a body mass index (BMI) of at least 35.0 kg/m², or
 - a BMI of 30.0 kg/m² to 34.9 kg/m² and meet the criteria for referral to specialist weight management services in [NICE's clinical guideline on obesity: identification, assessment and management](#).

Use lower BMI thresholds (usually reduced by 2.5 kg/m²) for people from south Asian, Chinese, and Black African or Caribbean family backgrounds.

Subjects	Adjusted hazard ratio (95%CI)*
84	
0.4)	Reference
.9)	1.22 (0.99 to 1.50)
.1)	1.58 (1.27 to 1.95)
.6)	1.36 (1.05 to 1.74)
0.7)	Reference
L.5)	1.12 (0.99 to 1.28)
3.1)	0.96 (0.84 to 1.10)
L.7)	1.19 (1.04 to 1.35)



Diabetes Care.

CONCLUSIONS

In the current study we
of GLP-1 RA, in partici

thyroid cancer with use

Conducta suicida

Editorials

[Fuente](#)

GLP-1 receptor agonists and suicidality

BMJ 2025 ; 388 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.r351> (Published 26 February 2025)

Cite this as: *BMJ* 2025;388:r351

*Although meta-analyses of randomised controlled trials have not indicated that GLP-1 receptor agonists increase suicidality, depression, anxiety, and other adverse mental health outcomes, **the clinical trials were not designed to assess those outcomes**, and the statistical power of the analyses have been limited by the low number of events.*

Mental health:

[Fuente](#)

- History of major depressive disorder within 2 years before screening.
- Diagnosis of other severe psychiatric disorder (e.g. schizophrenia, bipolar disorder).
- A Patient Health Questionnaire-9 score of ≥ 15 at screening.
- A lifetime history of a suicidal attempt.
- Suicidal behavior within 30 days before screening.
- Suicidal ideation corresponding to type 4 or 5 on the Columbia-Suicide Severity Rating Scale within the past 30 days before screening.

Anticoncepción

----- WARNINGS AND PRECAUTIONS -----

- *Pancreatitis*: Has been reported in clinical trials. Discontinue promptly if pancreatitis is suspected. (5.2)
- *Hypoglycemia with Concomitant Use of Insulin Secretagogues or Insulin*: Concomitant use with an insulin secretagogue or insulin may increase the risk of hypoglycemia, including severe hypoglycemia. Reducing dose of insulin secretagogue or insulin

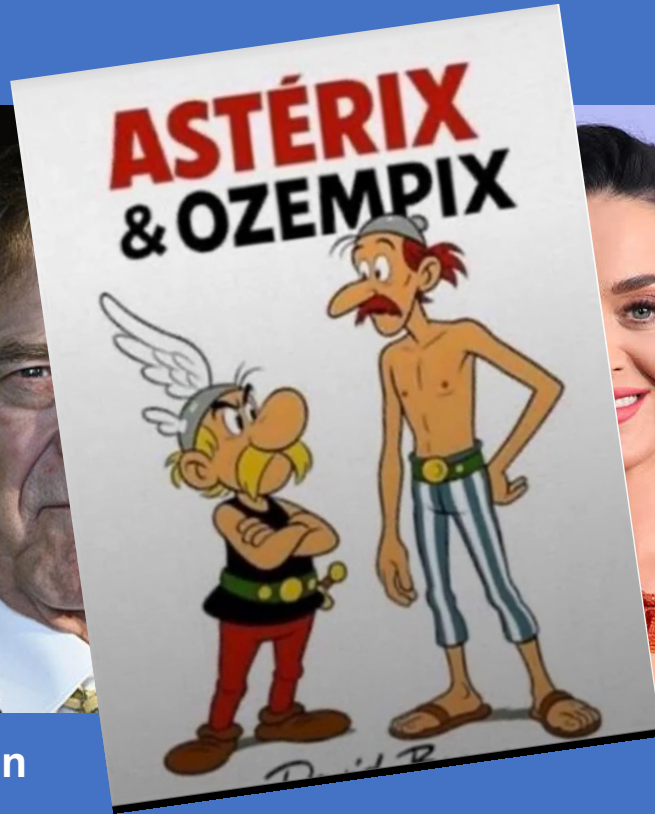
----- USE IN SPECIFIC POPULATIONS -----

- *Pregnancy*: Based on animal study, may cause fetal harm. (8.1)
- *Females of Reproductive Potential*: Advise females using oral contraceptives to switch to a non-oral contraceptive method, or add a barrier method of contraception for 4 weeks after initiation and for 4 weeks after each dose escalation. (7.2, 8.3, 12.3)
gastrointestinal adverse reactions, sometimes severe. Has not been studied in patients with severe gastrointestinal disease and is not recommended in these patients. (5.6)
- *Diabetic Retinopathy Complications in Patients with a History of Diabetic Retinopathy*: Has not been studied in patients with non-proliferative diabetic retinopathy requiring acute therapy, proliferative diabetic retinopathy, or diabetic macular edema. Monitor patients with a history of diabetic retinopathy for progression. (5.7)
- *Acute Gallbladder Disease*: Has occurred in clinical trials. If cholelithiasis is suspected, gallbladder studies and clinical follow-up are indicated. (5.8)

Cara de Ozempic



John Goodman



Katy Perry



Sarcopenia

COMMENT · Volume 12, Issue 11, P785-787, November 2024

[Download Full Issue](#)

Muscle matters: the effects of medically induced weight loss on skeletal muscle

[Carla M Prado](#)^a · [Stuart M Phillips](#)^b · [M Cristina Gonzalez](#)^{c,d} · [Steven B Heymsfield](#)^d [✉](#)

Muscle Mass and Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonists: Adaptive or Maladaptive Response to Weight Loss?

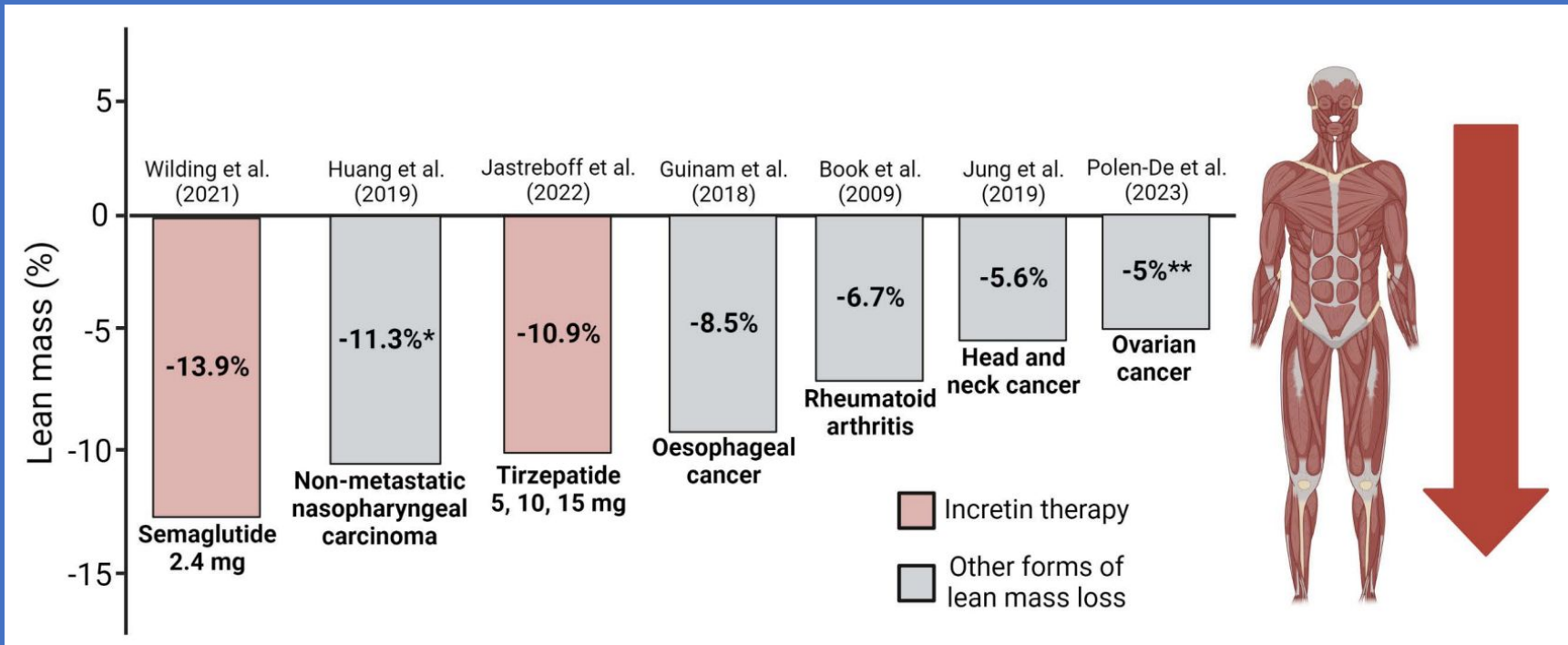
[Jennifer Linqe, PhD](#) [ID](#) , [Andreas L. Birkenfeld, MD](#) [ID](#) , and [Ian J. Neeland, MD](#) [✉](#) | [AUTHOR INFO & AFFILIATIONS](#)

Ideas and Opinions | 10 June 2025

Skeletal Muscle Mass Loss and Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonists: Are Older Patients at Risk?

Authors: [Anjali P. Kakkar, DO](#), [Eric Ravussin, PhD](#), and [Thierry H. Le Jemtel, MD](#) [✉](#) [ID](#) | [AUTHOR, ARTICLE, & DISCLOSURE INFORMATION](#)

Publication: Annals of Internal Medicine • Volume 178, Number 7 • <https://doi.org/10.7326/ANNALS-24-03950>





Llegan los *ahorradores de músculo*:

American Diabetes Association Scientific Sessions

Endocrinetoday

By [Erik Swain](#)

Fact checked by [Richard Smith](#)

Combination bimagrumab plus semaglutide confers weight loss while preserving lean mass

[Fuente](#)

Eli Lilly terminates trial of Zepbound and muscle-sparing combo

Though the trial for patients with obesity and type 2 diabetes will come to an end, an obesity-only trial will continue.

Annabel Kartal Allen | September 26, 2025

[Fuente](#)

Adherencia y persistencia

Indicador (vida real)	Estimación
Discontinuación 12 m (DM2)	~ 45–50% (Fuente)
Discontinuación 12 m (obesidad sin/con DM2)	~ 60–65% sin diabetes vs 45% con diabetes abandonan al año (Fuente)
Adherencia alta (PDC ≥ 80%)	~ 27% global; mayor con semaglutida/dulaglutida que con liraglutida. (Fuente)
Semanal vs diario	Semanal > diario en adherencia (meta-análisis). (Fuente)
Reinicio tras abandono (12 m)	36–47% (menos si no hay DM2). (Fuente)

Otras fuentes: [1](#), [2](#) y [3](#)

De lo que nadie habla...

More than 500 people hospitalised following use of weight-loss drugs, says health minister

The Medicines and Healthcare products Regulatory Agency confirmed that more than 20,000 Yellow Card reports of suspected reactions in association with GLP-1 RAs indicated for weight management have been recorded, as of 31 January 2025. [Fuente](#)

News

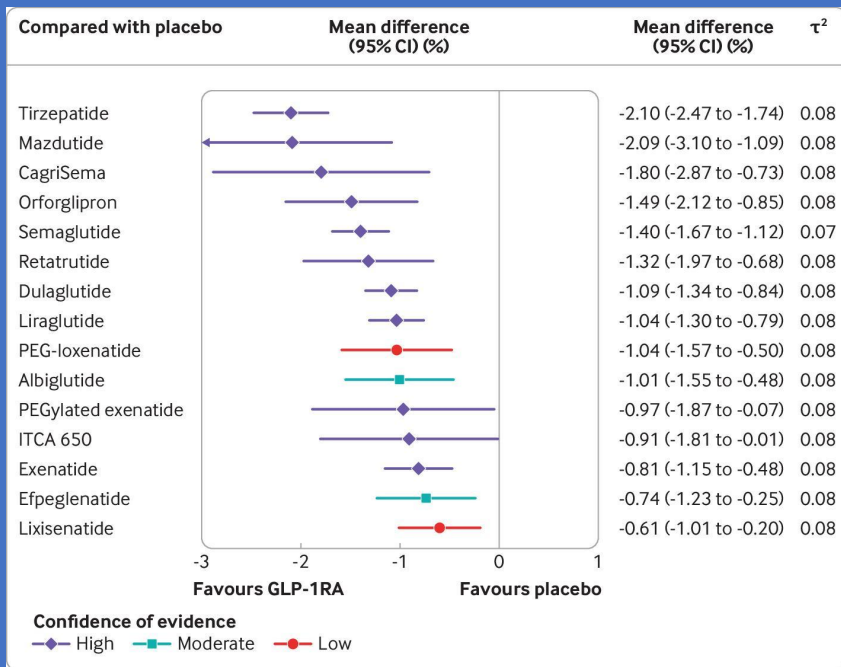
GLP-1 agonists: 82 deaths linked to adverse reactions, UK data show

BMJ 2025 ; 388 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.r390> (Published 25 February 2025)

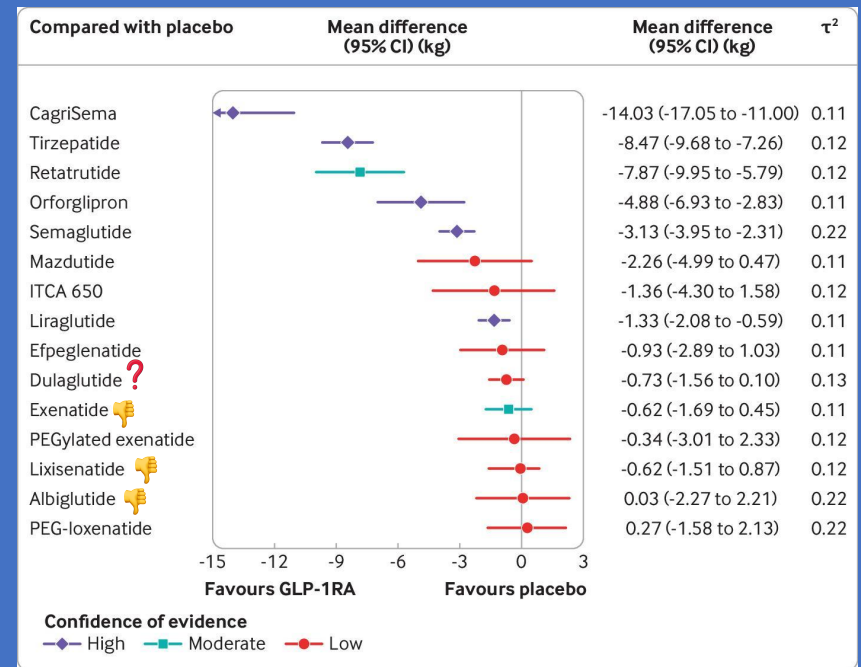
Cite this as: *BMJ* 2025;388:r390

[Fuente](#)

¿Son eficaces?



%HbA1c

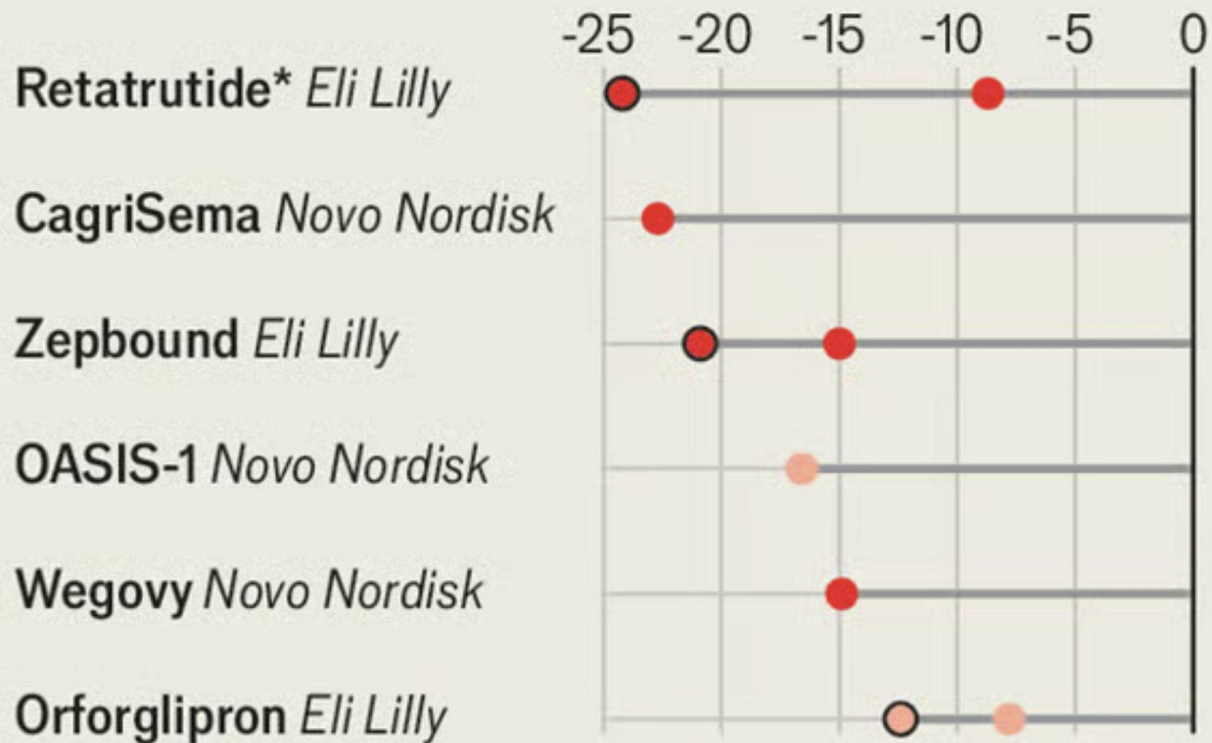


Peso (kg)

Peso, no. Grasa

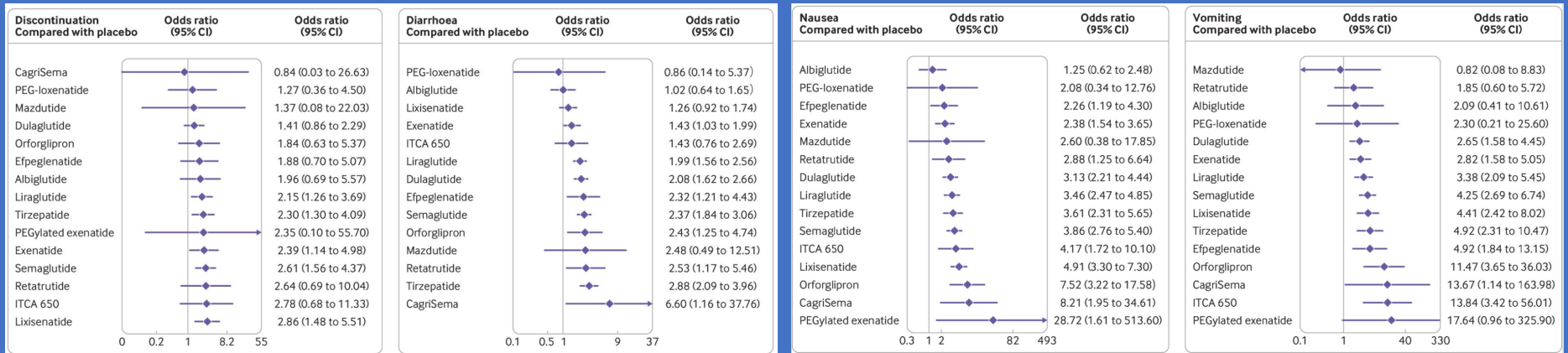
Selected weight-loss drugs, % of body weight lost
Phase-three clinical trials, 2021-25

● Injectable ● Oral ○ High dose



Composición corporal!!

¿Son seguros?



**Todo bien
¿No?**



Key characteristics of...

Complex Adaptive Systems (CAS)





 **You**

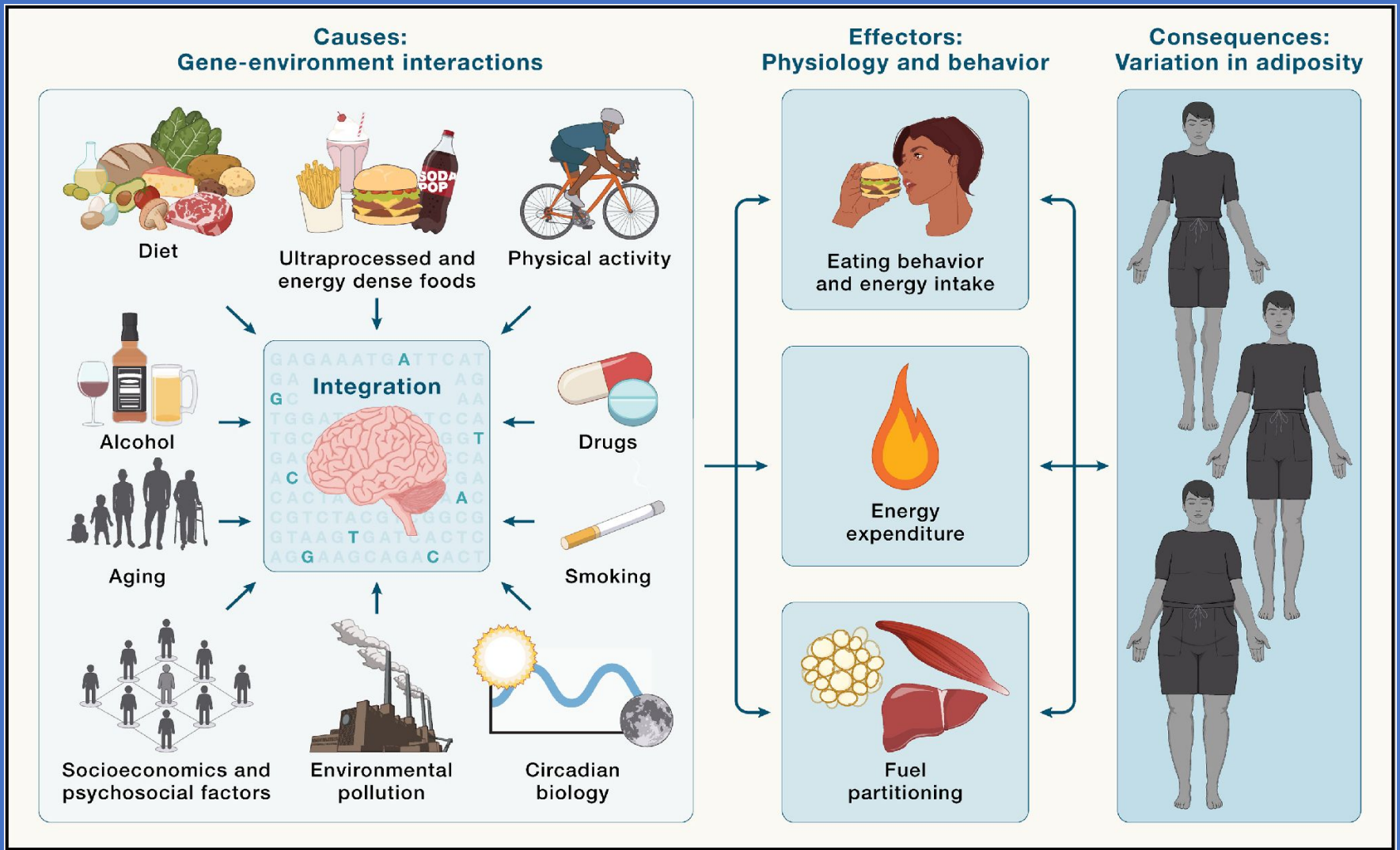
¿Puedes darme un listado de 10 causas de obesidad?



 **ChatGPT**

Claro, aquí te proporciono una lista de 10 causas comunes de la obesidad:

1. **Dieta poco saludable:** Consumo excesivo de alimentos ricos en calorías, grasas saturadas, azúcares y alimentos procesados.
2. **Falta de actividad física:** Sedentarismo o niveles bajos de ejercicio físico regular.
3. **Factores genéticos y hereditarios:** Predisposición genética que puede afectar el metabolismo y la distribución de la grasa corporal.
4. **Ambiente obesogénico:** Entornos que promueven el consumo excesivo de alimentos poco saludables y la inactividad física.
5. **Consumo excesivo de bebidas azucaradas:** Como refrescos y jugos con alto contenido de azúcar.
6. **Factores psicológicos y emocionales:** Estrés, depresión, ansiedad u otros trastornos emocionales que pueden llevar a comer en exceso.
7. **Falta de sueño:** La privación crónica del sueño puede influir en las hormonas que regulan el apetito y el metabolismo.
8. **Medicamentos:** Algunos medicamentos, como ciertos antidepresivos o esteroides, pueden causar aumento de peso como efecto secundario.
9. **Factores socioeconómicos:** Limitaciones financieras que pueden afectar el acceso a alimentos saludables y la participación en actividades físicas.
10. **Educación nutricional limitada:** Falta de conocimiento sobre hábitos alimenticios saludables y cómo mantener un peso adecuado.



No, no todo está bien

- 1.- Son MUY caros (de momento)
- 2.- No están financiados (de momento)
- 3.- **Seguridad a largo plazo desconocida** (*efecto COVID*)
- 4.- No son una solución definitiva (cronificación)
- 5.- Impacto sobre la morbimortalidad *per se* desconocido
- 6.- La obesidad es una *enfermedad* multifactorial
- 7.- **Impacto importante sobre la masa magra**

Además de lo anterior...

1.- La pérdida de peso en el mundo real es menor que la registrada en los ensayos clínicos (8,7% vs 14,9% STEP-1/15,0-20,9% SURMOUNT-1) Fuente

Sesgo de selección - Sesgo de usuario sano – Sesgo de voluntariado
Hay que gestionar las expectativas de los pacientes!!

2.- Pérdida de peso en mujeres >> hombres. En no diabéticos >> en diabéticos (Fuente)

A tener en cuenta: edad; sexo; estado metabólico y funcional basal de los pacientes

3.- . Más de la mitad de los usuarios abandonan el tratamiento o usan *micro dosis*

Las dosis altas, a las que se obtienen los resultados más relevantes producen efectos adversos intolerables para la mayoría de los pacientes. Precio!!

4.- Tras abandonar el tratamiento, el peso se recupera

La recuperación en el mundo real no es tan rápida como cabría esperar.

5. No solo se pierde grasa: la pérdida de **¿masa muscular?** es una preocupación real

En realidad se pierde masa magra.

53.9%
Lean mass



Baseline

Before weight loss

56.9% ▲ 3pp
Lean mass



After trial

After weight loss

GPs see workload increase due to demand for weight-loss jab

Mounjaro

The vast majority of patients on Mounjaro currently pay for it privately but some patients can get it on the NHS.

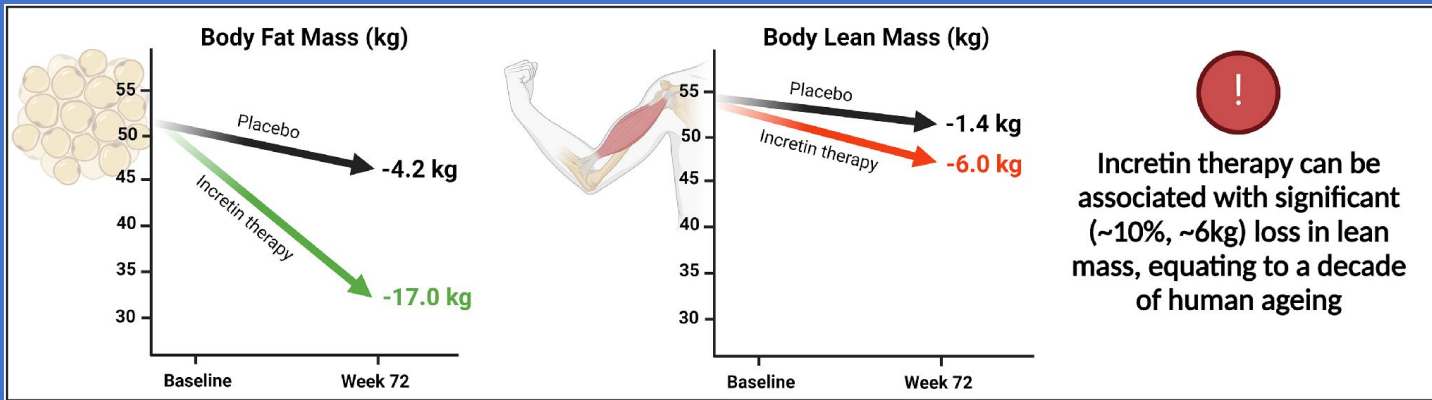
[Fuente](#)



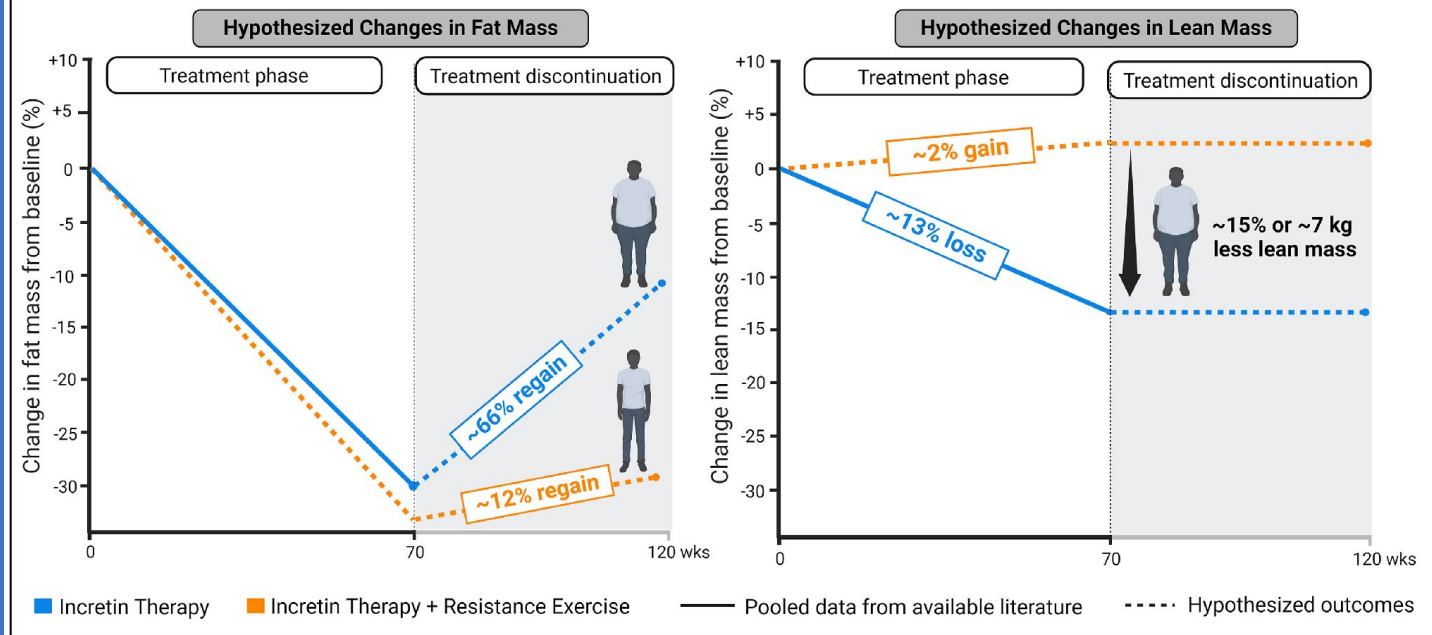
Consecuencias de la falta de masa muscular

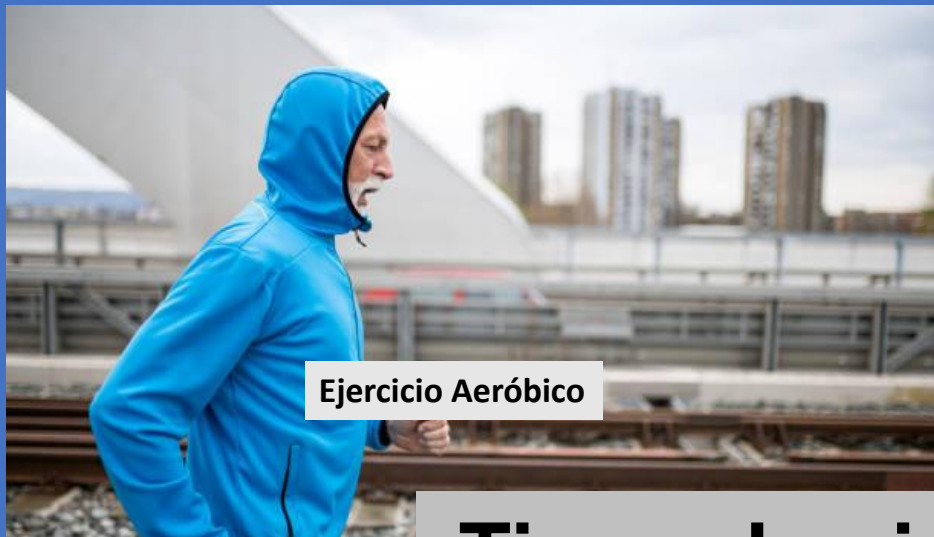
- *Poco se habla* de esto (pero se va a hablar...)
- Disminución del metabolismo basal
- Disminución de la capacidad de oxidación de grasas
- Disminución de la sensibilidad a la insulina
- Alteración del equilibrio hormonal
- Disminución de la actividad física

La pérdida de la masa muscular **nos fragiliza**
y empeora nuestra salud

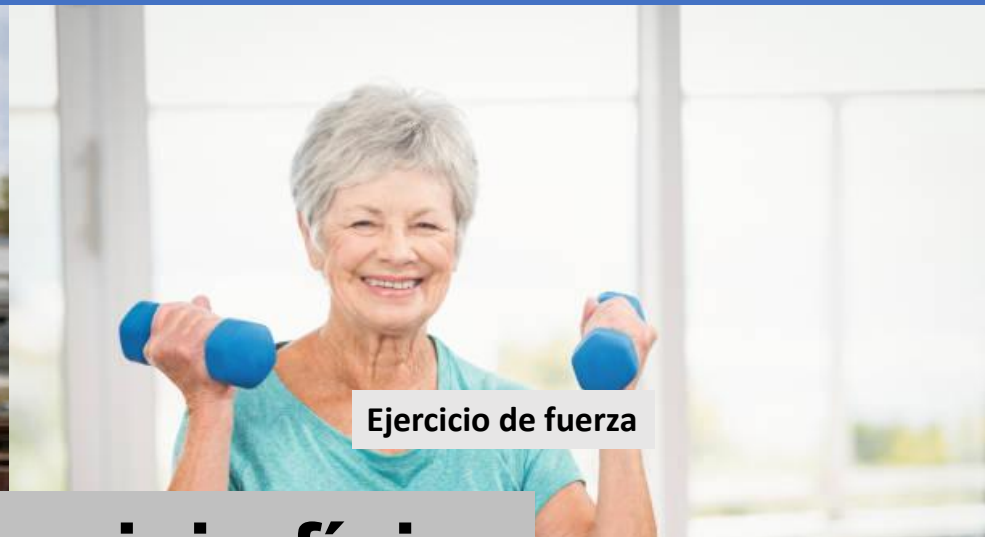


Retaining lean mass during incretin therapy COULD blunt body weight (and fat) re-gain on cessation of weight loss therapy





Ejercicio Aeróbico



Ejercicio de fuerza

Tipos de ejercicio físico



Ejercicio Combinado



Ejercicio Interválico

Recomendaciones de uso adecuado de los arGLP-1

- Utilizar preferentemente aquellos que han demostrado eficacia en la reducción de los eventos cardiovasculares (liraglutida y semaglutida) cuando el coeficiente beneficio/daño sea claramente favorable al paciente.
- Sus efectos adversos más frecuentes son a nivel gastrointestinal. Tasa de abandonos elevada.
- Otros potenciales riesgos para la seguridad del paciente, sobre todo a altas dosis en tratamientos prolongados, incluye:
 - Un mayor riesgo de sufrir pancreatitis.
 - Un riesgo incrementado de padecer enfermedades de las vías biliares o la vesícula.
 - Un mayor riesgo de cáncer de tiroides.
- Otros riesgos: neumonías por broncoaspiración (anestesia general/sedación profunda); conducta suicida; embarazos no deseados; hipoglucemias al asociarse a hipoglucemiantes; **sarcodinapenia**;
- Se recomienda **no** asociarlos a iDPP4: redundancia terapéutica.
- Evaluar el tratamiento pasados **3/6 meses** y considerar su **suspensión** si no se logra una respuesta favorable (reducción de al menos 1% de HbA1c y una pérdida de peso de al menos un

Errores frecuentes en la práctica (y cómo evitarlos)

1. No incluir la modificación de hábitos de vida (nutrición, ejercicio, descanso) ni la terapia conductual en combinación con la medicación, como parte fundamental del tratamiento.
2. En relación al punto anterior, no asesorar a los pacientes sobre la ingesta adecuada de proteínas o la necesidad de entrenar la fuerza para minimizar la pérdida muscular.
3. No realizar una toma de decisiones compartida, ni individualizar los objetivos del tratamiento más allá de la pérdida de peso, sobre todo en presencia de comorbilidad relacionada con la obesidad (DM2, HTA, enfermedad CV establecida, esteatosis hepática no alcohólica, apnea del sueño etc).
4. Escalar demasiado rápido y provocar el abandono por una intolerancia evitable.
5. No pautar un seguimiento estructurado (mensual, el primer trimestre; trimestral hasta 12 meses).
6. No tener en cuenta la interacción de tirzepatida con los ACO orales.
7. Suspender el tratamiento al alcanzar el objetivo de pérdida de peso, provocando [un rebote ponderal y metabólico](#).
8. Normalizar la adquisición de estos medicamentos en el *mercado negro* sin garantía de calidad alguna.

Resumen *metabólico-evolutivo*

- 1.- Los humanos desarrollamos hace miles de años la capacidad de acumular grasa y una apetencia por el sabor dulce para **sobrevivir** en un contexto extremo de supervivencia que ya no existe.
- 2.- Vivimos en un **ambiente obesogénico** que nos invita continuamente a movernos cada vez menos y comer cada vez más y peor.
- 3.- Las adaptaciones que hace 10.000 años evitaron, posiblemente, nuestra **extinción**, ahora contribuyen a que **enfermemos**.
- 4.- Sedentarismo, dieta insana, falta de descanso, aislamiento social, insuficiente contacto con la naturaleza... etc son ahora nuestros **depredadores naturales**.
- 5.- Investigaciones recientes indican que la falta de masa muscular provoca una **mala salud metabólica** y esta, está en la base de los *4 jinetes del apocalipsis* que asolan a las sociedades desarrolladas.
- 6.- Ante esta situación, el tratamiento farmacológico de la obesidad es **una oportunidad** para miles de personas, cuyo impacto va mucho más allá de lo puramente estético.
- 7.- Los medicamentos para la obesidad tienen, como **efecto indeseable** una pérdida de masa muscular muy relevante, además de otros efectos adversos potencialmente graves.
- 8.- Hacer un uso apropiado de estos medicamentos implica **involucrar al paciente** en una estrategia integral centrada en mejorar sus hábitos para minimizar la pérdida de masa muscular y propiciar un cambio en los factores de riesgo en los que, como profesionales de la salud, podemos incidir.

OBESIDAD: EL FÁRMACO AYUDA, LOS HÁBITOS CAMBIAN LA VIDA

10 mensajes clave para implicar al paciente más allá de la estética



1
El objetivo no es solo pesar menos

Importa perder grasa, reducir cintura y mejorar salud, energía y calidad de vida.



2
La obesidad no es un problema estético

Se asocia a diabetes, riesgo cardiovascular, hígado graso, apnea del sueño y dolor articular.



3
El medicamento ayuda, pero no sustituye

Reduce el apetito y facilita adelgazar, pero no reemplaza dieta, ejercicio, sueño y autocuidado.



4
Úsalo como una ventana de oportunidad

Cuando el hambre está más controlada, es más fácil crear rutinas sostenibles.



5
Perder músculo no interesa

Bajar peso sin preservar masa muscular empeora fuerza, funcionalidad y resultado físico.



6
El ejercicio no sirve solo para quemar calorías

Mejora forma física, sueño, ánimo, metabolismo y salud cardiovascular.



7
No son cosmética inyectable

Son medicamentos útiles, pero con efectos adversos, contraindicaciones y necesidad de seguimiento.



8
Sin hábitos, el rebote es probable

Al retirar el tratamiento, recuperar peso es frecuente si no se han consolidado cambios de vida.



9
Los hábitos dan autonomía

Permiten depender menos del fármaco y mantener mejor los resultados a largo plazo.



10
El éxito real es perder grasa y ganar vida

Más fuerza, mejor movilidad, mejor descanso y menor riesgo futuro.



El fármaco puede ayudar a perder peso. Los hábitos hacen que esa pérdida sea más saludable, más segura, más estética y más duradera.



Mi decálogo para una buena salud

- 1.- Exponete a diario a pequeños estresores: frío, calor, ejercicio, hambre. Limpia tu pecera.
- 2.- Que la base de tu alimentación sea comida real. Preferentemente, fruta y verdura.
- 3.- No olvides comer suficiente proteína. Ayuna.
- 4.- Ejercítate a diario. Con sentido. Mejora tu VO_2 máx. Prepárate para ser centenario.
- 5.- No seas tu peor enemigo: haz frente a tu estrés. Dirige tu vida.
- 6.- Cuida tu tribu. Ellos cuidarán de ti.
- 7.- Ten un propósito. Si no, búscalo.
- 8.- Eres un ser humano. Comportate como un ser humano.
- 9.- La evolución no comenzó contigo. Respeta tus ritmos circadianos. Descansa.
- 10.- La Naturaleza es tu casa. Vuelve siempre que puedas. Haz por poder.



Gracias!!

@rincondesisifo
elrincondesisifo.org

