



532 - USO DE FÁRMACOS ANTIPOBESIDAD EN PACIENTES DE MEDICINA INTERNA. UN ESTUDIO OBSERVACIONAL

Luis García Martínez, Sonia Córdoba Bueno, Laura Muñoz Gómez, Juan Diego Gallardo Sánchez, Belén Salgado Cardoso, Natalia Boyero Calvo, Jose Carlos Arévalo Lorigo y Juana Carretero Gómez

Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz, España.

Resumen

Objetivos: La obesidad, una enfermedad crónica de elevada prevalencia y compleja fisiopatología, está asociada a múltiples complicaciones metabólicas, cardiovasculares y psicosociales. En los últimos años ha experimentado un cambio de paradigma en su tratamiento gracias al desarrollo de nuevos fármacos como los arGLP-1 y los duales arGLP-1/GIP. Estos no solo promueven una pérdida de peso significativa, sino que también mejoran sus comorbilidades. Este estudio tiene como objetivos: evaluar su impacto en la práctica clínica en pacientes de Medicina Interna atendiendo al fármaco y la dosis empleada y evaluar los cambios que se producen en la composición corporal.

Métodos: Se realiza un estudio observacional retrospectivo, de práctica clínica. Se incluyen pacientes con obesidad (índice de masa corporal $> 30 \text{ kg/m}^2$), que reciben fármacos antiobesidad, en consultas de medicina interna, entre mayo 2024 y marzo 2025. Se estudia la composición corporal mediante bioimpedancia (BIA) al inicio y a las 20 semanas de seguimiento mínimo. Se describe la dosis mínima y máxima de los fármacos. Estadística: Los resultados se describen como mediana y rango intercuartílico en las variables cuantitativas y como número absoluto y porcentaje en las cualitativas. Las modificaciones en la composición corporal se comparan con Wilcoxon para datos pareados y para comparar la correlación entre ellas utilizamos el método de Pearson.

Resultados: Se incluyen 70 pacientes, 54 tratados con semaglutida 2,4 mg y 16 con tirzepatida. La edad media fue de 45 (14,2) años, 51% (72,8) mujeres, 20% (28,6) fumadores. En la tabla 1 se muestran las comorbilidades, destacando la hipertensión arterial, la dislipemia, la apnea del sueño (30% (42,8)) o la artrosis (20% (28,6)). En la tabla 2 se muestran los resultados analíticos. La mediana de dosis inicial de Semaglutida fue de 0,5 mg (0) y 2,5 mg (0,6) en el caso de tirzepatida. La mediana de seguimiento (46 pacientes) fue de 20 (14) semanas; 6 pérdidas de seguimiento y 24 sin seguimiento (inicio reciente del fármaco). 6 (8,6%) cambiaron de fármaco, 5 de tirzepatida a Semaglutida 2,4, 1 de Semaglutida 2,4 a tirzepatida (escasa pérdida ponderal a las dosis utilizadas y deseo del paciente). La mediana de dosis máxima con Semaglutida 2,4 fue de 0,5 mg (0,2), 16 pacientes alcanzan 0,7 mg y 4 pacientes 1 mg; con tirzepatida fue de 5 mg (1,9), un paciente alcanza 7,5 mg, 9 alcanzan 5 mg y 2 mantienen 2,5 mg. En la tabla 3 y figura 1 (correlación de Pearson) se muestran los cambios en la composición corporal, destacando la pérdida de peso (-10,1 Kg) y masa grasa (-7,1 Kg) con escasa repercusión en el compartimento muscular (-1,3 kg de masa muscular esquelética y -1,15 Kg esquelética apendicular).

Tabla 1

Variable	Basal
N	70
Sexo (mujer) (%)	51 (72,8)
Edad	45 (14,2)
Fumador (%)	20 (28,6)
Alcohol (%)	12 (17,1)
Hipertensión arterial	30 (42,8)
Dislipemia	30 (42,8)
Hipertrigliceridemia	20 (28,6)
Esteatosis	19 (27,1)
Insuficiencia cardiaca FEVIp	2 (2,85)
Cardiopatía isquémica	3 (1)
Ictus	1 (1,4)
Enfermedad por reflujo gastroesofágico	10 (14,3)
Artrosis	20 (28,6)
Fibrilación auricular	5 (7,1)
Enfermedad renal crónica	3 (1)
Cirugía bariátrica	12 (17,1)

Apnea del sueño	30 (42,8)
FEVIp: fracción de eyección del ventrículo izquierdo preservada.	

Tabla 2

Variable	Basal
N	70
Glucosa (mg/dL)	95,5 (12)
HbA _{1c} (%)	5,4 (0,5)
Urea (mg/dL)	32 (12,7)
Creatinina (mg/dL)	0,7 (0,2)
Filtrado glomerular (CKD-EPI) (ml/min/1,73 m ²)	104,5 (25)
Apo A (mg/dL)	152,2 (36)
Apo B (mg/dL)	95,5 (32,3)
Colesterol total (mg/dL)	173,5 (38,7)
Col HDL (mg/dL)	45 (15)
Col LDL(mg/dL)	110 (36)
Triglicéridos (mg/dL)	108,5 (71)
Lip (a) (mg/dL)	16,1 (41,8)
Albúmina (g/dL)	4,4 (0,3)

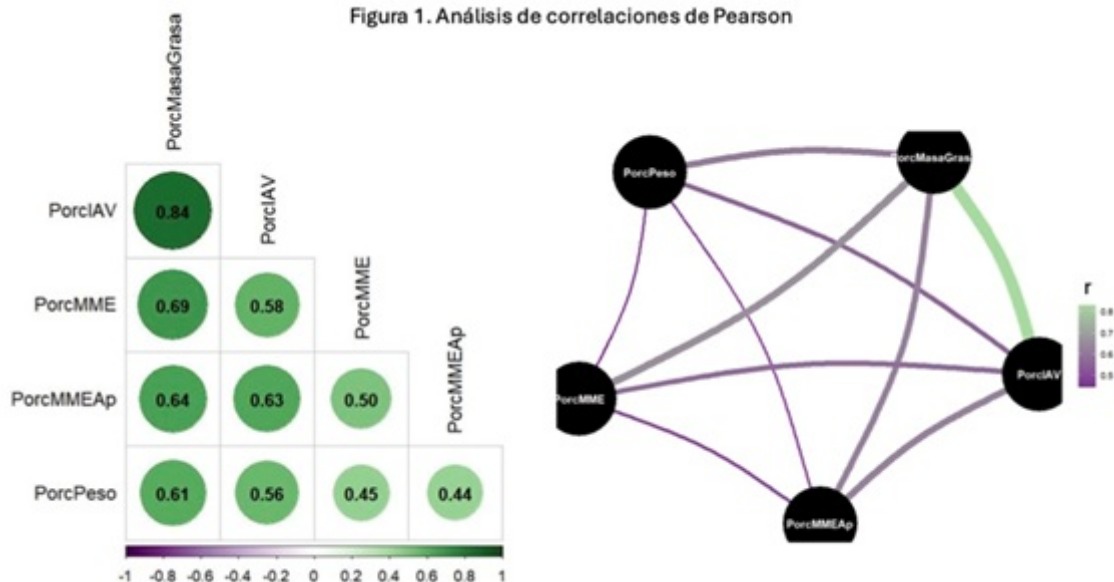
AST (UI/L)	19,5 (9,7)
ALT (UI/L)	22 (18,5)
GGT (UI/L)	24 (27,2)
FA (UI/L)	74 (40,2)
FiB4	0,7 (0,6)
Proteína C reactiva (mg/L)	3,2 (4,9)

ALT: alanina transaminasa; AST: aspartato transaminasa; FA: fosfatasa alcalina; FiB4: Fibrosis 4 index; GGT: gammaglutamil transferasa; HbA_{1c}: hemoglobina glicosilada.

Tabla 3

Variable	Basal	Evolución	Mediana (IC95%)	p
N	70	46		
Peso (kg)	111,6 (32,8)	99,2 (42,7)	10,1 (6,6-15)	0,0000
IMC (Kg/m ²)	43,5 (11,2)	40,8 (10,1)	3,3 (2,2-5)	0,0000
Masa grasa (kg)	52,5 (22,9)	44,2 (17,2)	7,1 (4,7-10,1)	0,0000
Masa muscular esquelética (kg)	33,5 (8,8)	31,6 (11,5)	1,3 (0,9-2)	0,0000
Masa muscular esquelética apendicular (MMEAp) (Kg)	24,7 (9,9)	22,7 (11,1)	1,15 (0,7-2)	0,0000
Índice MMEAp (Kg/m ²)	9,5 (3,2)	8,8 (3,2)	0,5 (0,3-0,9)	0,00000
Índice de adiposidad visceral	15 (10,2)	14 (8)	2,5 (1,5-4)	0,00000

Figura 1. Análisis de correlaciones de Pearson



Conclusiones: Estos fármacos demuestran ser seguros y lograr una pérdida de masa grasa significativa con una mínima pérdida de masa muscular, preservando así la función metabólica. Los resultados sugieren que las dosis deben individualizarse, ya que la mayoría de los pacientes alcanzan beneficios clínicos relevantes sin requerir dosis máximas. Este enfoque optimiza la relación riesgo-beneficio y favorece la adherencia al tratamiento a largo plazo.