TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

La obesidad es una enfermedad crónica, recurrente y multifactorial que debe afrontarse terapéuticamente como tal. Cuando el Índice de Masa Corporal (IMC) supera los 30 kg/m², aumenta significativamente el riesgo de desarrollar enfermedades asociadas (comorbilidades) como diabetes tipo 2, hipertensión arterial, apnea del sueño, enfermedad cardiovascular o ciertos tipos de cáncer. El riesgo de padecer estas enfermedades (comorbilidades) están relacionadas proporcionalmente con el exceso de peso, de modo que a mayor exceso mayor riesgo. De ahí la importancia de alcanzar y mantener un peso dentro de los límites saludables.

El tratamiento de la obesidad debe de individualizarse y abordarse dentro de una Unidad Multidisciplinar, con intervención de nutricionistas, psicólogos y médicos.

Las guías actuales (AACE 2023, ADA 2024, EASO 2023) recomiendan una combinación de intervenciones conductuales, farmacológicas, endoscópicas o quirúrgicas en función del grado de obesidad y la presencia de comorbilidades.

1. Tratamiento conductual

El primer paso en el tratamiento de la obesidad es la **modificación del estilo de vida:** mejorar los hábitos alimentarios, incrementar la actividad física y proporcionar apoyo psicológico. Diversos estudios demuestran que aquellos pacientes que siguen regularmente los controles por un dietista y un psicólogo especializados obtienen mejores resultados (Look AHEAD Study, Diabetes Care 2014).

Las **dietas** actualmente recomendadas son hipocalóricas personalizadas (1200-

1500 kcal/día) con patrón mediterráneo o DASH, priorizando glúcidos complejos (55%), lípidos saludables (20-30%, con <10% saturados) y proteínas (15-25%). Debe asegurarse una hidratación adecuada (>1.5 L/día).

El **ejercicio físico** es fundamental, adaptado a la edad y estado del paciente, con al menos 150–300 minutos/semana de actividad aeróbica moderada y ejercicios de fortalecimiento muscular (OMS 2020).

El **apoyo psicológico** debe incluir terapia cognitivo-conductual individual o en grupo, centrada en motivación, adherencia, manejo de ansiedad y mejora de la imagen corporal (Cochrane Review 2022).

No obstante, frecuentemente estas medidas pueden resultar insuficientes y no conseguir una reducción de peso eficaz, teniendo que complementar el tratamiento con medidas intervencionistas. Existen diferentes escalones terapéuticos para el tratamiento de la obesidad dependiendo del nivel de IMC del paciente, todos tienen ventajas e inconvenientes y tendrán que indicarse por un equipo multidisciplinar de manera personalizada a cada paciente, preferentemente de menor a mayor grado de invasividad.

1. Tratamiento farmacológico. Cuando las medidas conductuales no son suficientes, se recomienda añadir tratamiento farmacológico si el IMC ≥30 o ≥27 con comorbilidades.

En los últimos años, el desarrollo de **nuevos fármacos para el tratamiento de la obesidad** ha supuesto una auténtica revolución terapéutica, especialmente con la llegada de los **agonistas del receptor del GLP-1** como la **semaglutida** y más recientemente la **tirzepatida** (agonista dual GIP/GLP-1). Estos medicamentos han demostrado una eficacia muy superior a los tratamientos disponibles anteriormente, con reducciones sostenidas del peso corporal que en algunos casos superan el 15–20%, similares a procedimientos endoscópicos o incluso quirúrgicos.

Sin embargo, pese a estos avances, los **fármacos antiobesidad presentan limitaciones** importantes:

- **Efectos secundarios** frecuentes, especialmente gastrointestinales (náuseas, vómitos, estreñimiento, reflujo), que pueden condicionar la adherencia
- Riesgo de **pérdida de masa muscular** si no se acompaña de un adecuado plan de ejercicio y aporte proteico.
- **Reganancia de peso** tras la suspensión del tratamiento, observada incluso en los ensayos clínicos (STEP 4, NEJM 2021), lo que plantea la necesidad de tratamientos prolongados o crónicos.
- **Coste económico elevado**, no siempre cubierto por los sistemas públicos de salud, lo que limita su accesibilidad.
- Dudas éticas sobre su **prescripción masiva en población sin comorbilidades graves**, especialmente en pacientes con sobrepeso leve o con fines estéticos.

Además, algunos expertos critican que el uso creciente de fármacos puede conducir a una **"medicalización del sobrepeso"** y al riesgo de relegar las intervenciones en estilo de vida a un segundo plano, cuando siguen siendo la piedra angular del tratamiento. Por ello, las guías clínicas insisten en que la farmacoterapia debe integrarse siempre dentro de un **enfoque integral y multidisciplinar**, no como solución aislada.

También existe la incertidumbre de los posibles efectos secundarios a largo plazo y el frecuente efecto rebote cuando se suspende el tratamiento, lo que apoya aún más la intervención en hábitos de vida como piedra angular del tratamiento de la obesidad.

A continuación, detallamos en una tabla las principales moléculas actualmente disponibles, aunque esta línea de tratamiento está en continuo desarrollo y probablemente en próximos años estarán disponibles nuevas moléculas.

Fármaco	Mecanismo	% Pérdida peso total media	Comentarios
Semaglutida 2.4 mg (Wegovy®)	Agonista GLP-1	15–18%	Alta eficacia, aprobado por FDA y EMA para obesidad
Tirzepatida (en proceso de aprobación en Europa)	Agonista dual GIP/GLP-1	>20%	Resultados superiores a semaglutida en estudios SURMOUNT
Naltrexona/Bupropión	Regulación del apetito	5–9%	Efecto moderado, útil en pacientes con TCA o fumadores
Orlistat	Inhibidor de lipasa	3–5%	Escasa eficacia, uso en desuso

2. Tratamientos endoscópicos

En los últimos años, se han desarrollado técnicas endoscópicas endoluminales, se realizan por vía oral, sin incisiones, son menos invasivas y más coste-efectivas, con menor incidencia de complicaciones y con resultados satisfactorios, sobre todo cuando se acompaña de cambio de hábitos.

Estas técnicas pueden ocupar un espacio importante en el arsenal terapéutico de la obesidad y están indicados en pacientes con IMC 30–40 kg/m² o con obesidades mayores si rechazan la cirugía.

Para regular la práctica de estas técnicas, el Grupo Español de Trabajo para el Tratamiento Endoscópico del Metabolismo y la Obesidad (GETTEMO), integrado dentro de la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva, ha elaborado un documento de consenso estableciendo los requisitos básicos para proceder a realizar estas técnicas con seguridad y eficacia (*Revista Española de Enfermedades Digestivas* 2018).

A continuación, se detallan los principales procedimientos endoscópicos disponibles actualmente y su utilidad práctica.

➢ Métodos restrictivos endoscópicos temporales:

- **Balones intragástricos (BIG):** el BIG es una herramienta terapéutica bien establecida. Se introduce por la boca mediante una sonda, suelen ser de silicona, muy resistente a los ácidos gástricos, y se rellena bajo control endoscópico con suero isotónico salino teñido con azul de metileno (colorante biológico) para detectar precozmente una posible ruptura, dado que de producirse se apreciaría que la orina se tiñe de color verdoso.

  Permanece en el estómago durante 6 a 12 meses y consigue una perdida media de peso del 10-13% (Imaz et al., Obes Surg 2023). Se disponen de numerosos estudios publicados sobre seguridad con una incidencia de complicaciones <1% (ruptura, migración, úlcera, perforación). Los efectos adversos más comunes son leves y transitorios, se producen sobre todo durante los primeros días tras el implante (náuseas, vómitos y dolor abdominal alto) y se suelen controlar con tratamiento médico conservador.

  Como principal ventaja es que es un tratamiento mínimamente invasivo y reversibles. Como en todos los tratamientos de la obesidad requiere seguimiento nutricional y psicológico durante el implante.

➢ Inyección de sustancias por endoscopia:

- **Inyección intragástrica de toxina botulínica:** provoca parálisis muscular local. Teóricamente, su inyección gástrica puede producir una inhibición de la peristalsis y, consecuentemente, inducir un teórico retraso en el vaciamiento gástrico, condicionando saciedad precoz y pérdida de peso. Es una técnica experimental y los estudios muestran pérdida de peso <5%, de duración limitada (3–6 meses) y sin impacto sostenido (Topazian et al., Gastrointest Endosc 2020). No se recomienda su uso fuera de ensayos clínicos o como técnica puente tras balón para reducir el “efecto rebote”.

➢ Sistemas de suturas endoscópicas:

- **Gastroplastia vertical en Manga (Endoscopic Sleeve Gastroplasty, Apollo® ESG:** consiste en la aplicación de suturas transmurales continuas longitudinales a la pared gástrica. Esta

intervención remeda la manga gástrica quirúrgica.

Está también indicado en pacientes con IMC comprendidos entre 30 y 40 kg/m2, sin historia previa de cirugía bariátrica, o IMC superiores que rechacen la cirugía.

Se ha demostrado que este procedimiento es seguro, reproducible y muy eficaz, reportándose una pérdida ponderal media del 15–20% (metaanálisis Hedjoudje et al., Endoscopy 2020). Con una tasa de complicaciones graves <2%, habitualmente sólo presenta dolor abdominal leve, náuseas y sangrado leve, que aparecen en el postoperatorio inmediato de algunos pacientes y que se resuelven con medidas conservadoras y tratamiento farmacológico apropiado.

Es un tratamiento también reversible y se puede repetir en caso de pérdida de eficacia.

- **Método POSE:** consiste en una técnica de suturas endoscópicas transmurales en las que se crean unos pliegues en el estómago, con el propósito de crear una disminución de la distensión y sensación de saciedad precoz.

  El POSE original (POSE 1.0) está en desuso por resultados insuficientes, desarrollándose recientemente el POSE de segunda generación (2.0) del POSE original, con técnica modificada enfocada en el cuerpo gástrico. Esta técnica está indicada principalmente en pacientes con IMC comprendidos entre 30 y 40 kg/m2, sin historia previa de cirugía bariátrica, o IMC superiores que rechacen la cirugía. En manos expertas, la duración de la intervención es de aproximadamente 40 minutos y se realiza bajo anestesia general.

  Esta reportado un índice de seguridad muy alto y un índice de complicaciones inferior al 1%, siendo la principal complicación de la

intervención el sangrado, que suele ser autolimitado por la misma presión de las suturas sobre el tejido.

Es un método muy eficaz con una pérdida de peso total del 15–18% (ESSENTIAL trial, 2020; López-Nava et al., Obes Surg 2021).

- **Sistemas malabsortivos:**
  - **Endobarrier®:** Es un dispositivo en forma de funda que se ancla en el bulbo duodenal y actúa como un by-pass intestinal endoluminal temporal (hasta 12 meses. Útil especialmente en pacientes con obesidad con diabetes tipo 2 mal controlada.

    Actualmente en reevaluación en Europa tras retirada temporal por complicaciones hepáticas (2016) y en fase de evaluación de resultados en estudios multicéntricos europeos (2023).

- **Otros procedimientos primarios:**
  - **Método ASPIRE:** dispositivo de gastrostomía para vaciado gástrico postprandial. Retirado del mercado en muchos países por baja aceptación y cuestionamientos éticos. No recomendado actualmente.
  - **Plenity®**: hidrogel oral aprobado en EE. UU., con efecto saciante. Apto para IMC 25–40, efecto modesto (pérdida ~5%), sin absorción sistémica.
    - Dispositivos de estimulación eléctrica gástrica: en fase experimental.

3. Tratamiento quirúrgico

La cirugía bariátrica (manga gástrica, bypass gástrico) es el tratamiento más eficaz a largo plazo en pacientes con IMC >40 o >35 con comorbilidades. Mejora o revierte múltiples comorbilidades (diabetes, HTA, apnea del sueño) y ha demostrado reducción de mortalidad a largo plazo (SOS study, N Engl J Med 2007.

No obstante, es un tratamiento con mayor invasividad con riesgo de complicaciones

graves. La tasa global de complicaciones graves en cirugía bariátrica oscila entre el 2 y el 6%, según la técnica empleada y la experiencia del centro (Peterli et al., Lancet 2018; Schauer et al., NEJM 2017). Entre las complicaciones destacan: fugas anastomóticas, hemorragias, estenosis, tromboembolismo y déficits nutricionales a largo plazo. La mortalidad quirúrgica se sitúa entre el 0.1 y el 0.5% en centros experimentados.

Pese a ello, sigue siendo la opción con mayor impacto sostenido sobre la pérdida de peso y la remisión de comorbilidades, y debe ofrecerse como primera línea en pacientes con obesidad severa, siempre acompañada de educación nutricional, psicológica y seguimiento prolongado.

Algoritmo terapéutico orientativo según IMC:

IMC	Tratamiento recomendado
25–27 con comorbilidad	Dieta + Ejercicio + Fármacos
30–35	Dieta + Fármacos ± Endoscopia
>35 con comorbilidades / >40	Cirugía bariátrica ± Endoscopia como puente

Contenido original y actualizado en 2025 por:

Dr. Francisco José García Fernández

Especialista de la Fundación Española de Aparato Digestivo

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla