



Dra. Xiana Rodríguez Villalón<sup>(1)</sup>. Dra. Clara Guede Fernández<sup>(2)</sup>. Dr. José Llopiz Castedo<sup>(3)</sup>.

<sup>(1)</sup>Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Porriño. Coordinadora gallega de RedGDPS.

<sup>(2)</sup>Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Lavadores, Vigo. Coordinadora gallega redGDPS.

<sup>(3)</sup>Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Área sanitaria de Vigo. Miembro redGDPS.



# Diabetes y obesidad, nuevos abordajes

La prevalencia de la obesidad se ha incrementado mundialmente llegando a cifras epidémicas en las últimas décadas (1). Dicha patología se asocia a múltiples comorbilidades como la Diabetes Mellitus tipo 2, la hipertensión arterial, la dislipemia y otras enfermedades cardiovasculares que provocan un gran impacto en la salud del individuo y un gasto sociosanitario elevado.

Conocemos desde hace años la relación entre la obesidad y la diabetes mellitus, por lo que es preciso un abordaje holístico de estos pacientes, incluyendo el peso para conseguir un buen control glucémico, de ahí la relevancia que están adquiriendo los nuevos grupos terapéuticos que permiten mejorar simultáneamente la diabetes, la obesidad y otros factores de riesgo cardiovascular.

Habitualmente el exceso de peso se clasifica según el Índice de Masa Corporal (IMC), pero es importante considerar también la presencia o no de comorbilidades como factor pronóstico. En algunas personas el sobrepeso (IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>) y la obesidad (IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) tienen un gran impacto negativo a nivel psicológico, limitación funcional además de otras comorbilidades, por lo que es imprescindible su abordaje precoz.

El objetivo de esta revisión es recordar los tratamientos farmacológicos de los que disponemos para el abordaje conjunto de diabetes y obesidad.

## TRATAMIENTO

En pacientes con sobrepeso u obesidad, las guías (2, 3) nos recomiendan la pérdida de entre un 5-10% del peso corporal en 6 meses, con el objetivo de conseguir un mejor control glucémico y además conseguir un mejor manejo de los factores de riesgo cardiovasculares. Para esta pérdida, debemos iniciar un tratamiento no farmacológico basado en modificaciones del estilo de vida recomendando una dieta mediterránea baja en azúcares y ejercicio físico diario. Así mismo debemos revisar los tratamientos de los pacientes para modificar aquellos que puedan provocar aumento de peso. Si con esto no alcanzamos los objetivos de peso o de control glucémico, debemos recurrir al uso de fármacos que ayuden a disminuir el peso corporal de nuestro paciente.

**A continuación, hablaremos de estos fármacos y sus diferentes características.**

- ***Inhibidores selectivos del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2)***

El riñón juega un papel importante en la homeostasia de la glucosa sérica a través de la absorción tubular de glucosa que realizan estos transportadores, que filtran en torno 180 gramos de glucosa al día.

En pacientes sanos la inhibición de este cotransportador es del 30-50% por lo que, de esos 180g de glucosa filtrados, unos 70-90g se pierden por la orina. Está pérdida urinaria equivale a 200-300 calorías/día lo que contribuye a la pérdida de peso del paciente. Además de esta disminución de peso, se ha visto que también disminuyen la presión arterial,

evitan la progresión de la enfermedad renal crónica en cualquier estadio y disminuye las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca.

Se pueden emplear en monoterapia (si intolerancia/contraindicación de metformina) o en combinación con otros antidiabéticos orales o insulina. Presentan muy bajo riesgo de hipoglucemias. No precisan ajuste de dosis en enfermedad renal, pero no se recomienda su inicio si FGe es menor de 30ml/min.

Sus principales efectos secundarios son molestias digestivas, las infecciones genitourinarias y la depleción de volumen (suspenderlo en pacientes con gastroenteritis, disminución de ingesta hídrica, etc.).

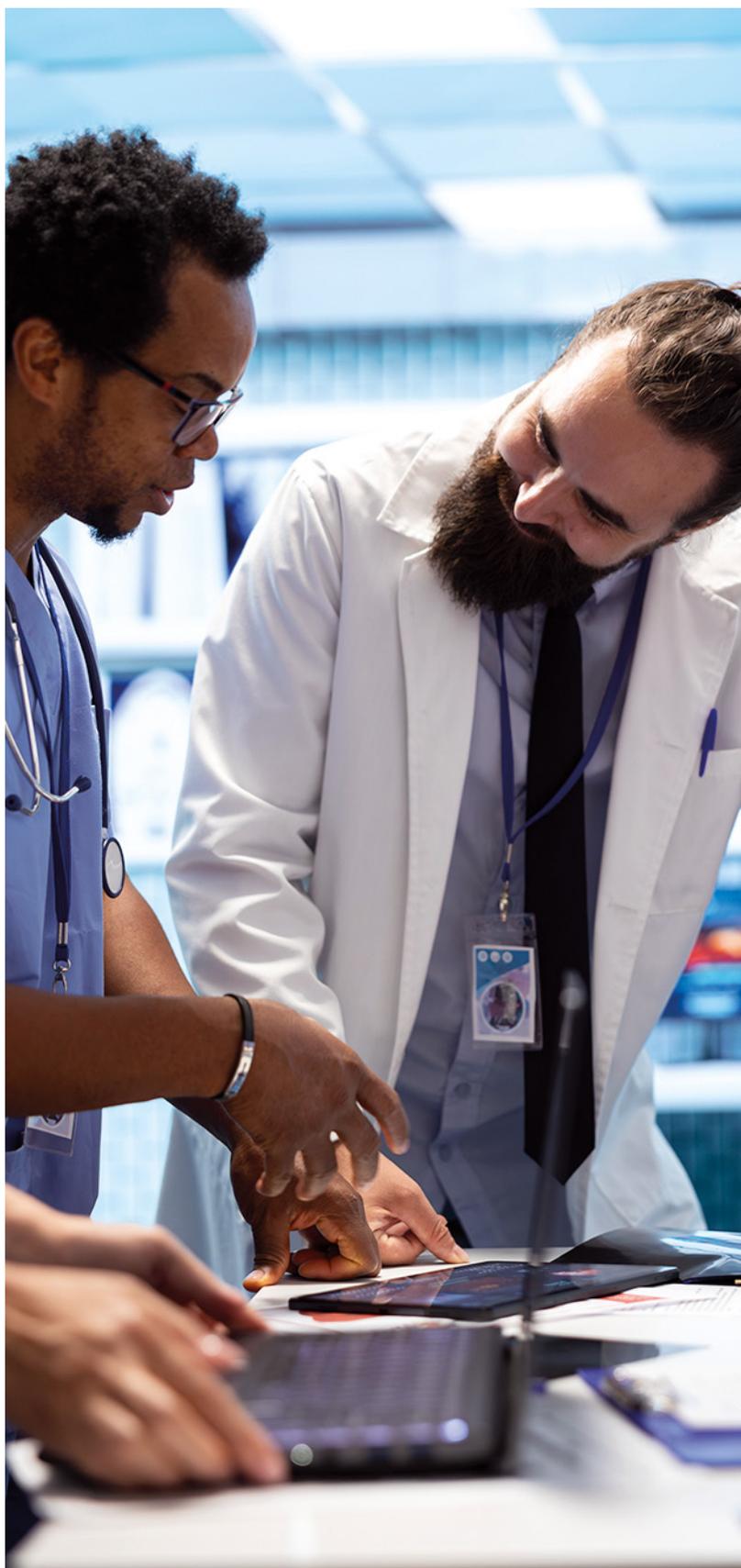
- ***Análogos del péptido similar al glucagón tipo 1 (AGLP-1)***

Dichos fármacos aumentan la secreción de insulina de las células beta pancreáticas y la mediada por glucosa, suprimen la secreción de glucagón de las células alfa y enlentecen el vaciado gástrico; siendo estos tres factores los principales para las reducciones significativas de glucemia ya que no es degradado por las enzimas DPP4 (lo que le otorga una vida media prolongada). Así mismo, producen saciedad, disminución del apetito y de la ingesta de alimentos, lo que provoca una pérdida de peso corporal. Ayudan también en el control de otros factores cardiovasculares como es en el control de la presión arterial.

Existen múltiples fármacos, tanto de administración oral como subcutánea, siendo el más potente de ellos la Semaglutida con una pérdida de peso en torno los 6 kg y una bajada de glicada de un 1,6% aproximadamente (4). A nivel de eficacia le siguen Dulaglutida y Liraglutida (4).

Es una opción a tener en cuenta en un paciente con diabetes mellitus y sobrepeso/obesidad. No se pueden emplear en monoterapia, pero sí en combinación con otros antidiabéticos orales (excepto con iDDP4) o insulina. Presentan muy bajo riesgo de hipoglucemias. Se puede usar con enfermedad renal crónica excepto con FGe < 15ml/min. »

**EN PACIENTES  
CON SOBREPESO  
U OBESIDAD,  
LAS GUÍAS NOS  
RECOMIENDAN  
LA PÉRDIDA  
DE ENTRE UN 5-10%  
DEL PESO CORPORAL  
EN 6 MESES,  
CON EL OBJETIVO  
DE CONSEGUIR  
UN MEJOR CONTROL  
GLUCÉMICO  
Y ADEMÁS CONSEGUIR  
UN MEJOR MANEJO DE  
LOS FACTORES  
DE RIESGO  
CARDIOVASCULARES**



» Estos fármacos están financiados por el sistema nacional de salud en el paciente con diabetes mal controlada y un IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> mediante visado, y ayudan a reducir el peso al acompañarse de una dieta mediterránea hipocalórica y anti-diabética y ejercicio físico, sobre todo de fuerza.

- **Agonista dual GLP-1/GIP**

Es el primer agonista dual del péptido similar al glucagón-1 y del polipéptido insulínotropo dependiente de glucosa que hay en el mercado, la Tirzepatida.

Dicho fármaco mejora la función de las células beta pancreáticas y aumenta los marcadores de sensibilidad de la insulina (adiponectina, IGFBP-1 e IGFBP-2) consiguiendo una reducción superior de los niveles glucémicos, de peso, así como de otros factores de riesgo cardiovascular. Provoca enlentecimiento del vaciado gástrico además de saciedad actuando también a nivel del sistema nervioso central.

Los resultados del estudio SURPASS-2 (3) realizado en pacientes obesos con diabetes tipo 2 demostró la superioridad de este fármaco a nivel de reducción de glicada (en torno 2% menos) y de reducción de peso corporal (aproximadamente un 21% de reducción = 10 kg menos) comparado con otras moléculas.

Su administración es una inyección subcutánea semanal. No precisa ajuste de dosis en enfermedad renal crónica siendo un fármaco beneficioso para el enlentecimiento de la progresión de la insuficiencia renal por su mejor control glucémico.

Sus principales efectos secundarios serían los gastrointestinales (náuseas, vómitos) siendo éstos dosis-dependiente por lo que se recomienda una escalada gradual de la dosis del fármaco para evitar dichos efectos secundarios. Presenta dos contraindicaciones absolutas que serían el cáncer medular de tiroides y las neoplasias MEN tipo 2.

Actualmente no está financiado por el sistema nacional de salud, pero es una opción muy interesante y recomendable para todos nuestros pacientes con diabetes y sobrepeso/obesidad.

A día de hoy, existen varias líneas de investigación de fármacos agonistas duales e incluso de triple/cuádruple agonistas (5) que pueden modificar en un futuro próximo el tratamiento de la diabetes mellitus en pacientes con obesidad. **D**



## CONCLUSIONES

En estos pacientes es fundamental conseguir una pérdida de peso corporal para mejorar su control glucémico y su salud cardiovascular. A la hora de elegir un tratamiento farmacológico para ellos debemos tener en cuenta los efectos secundarios y/o adversos de dichos fármacos en el peso del paciente, así como revisar los otros tratamientos de las diferentes comorbilidades que puedan provocar un aumento del mismo.

Un nuevo abordaje terapéutico para el tratamiento de la diabetes es posible gracias a las nuevas familias farmacológicas, que actúan simultáneamente en la obesidad y en la diabetes, consiguiendo buenos resultados en ambos campos. Por este motivo, en este perfil de pacientes, deberíamos hacer un abordaje adipocéntrico más que glucocéntrico.

Además, se ha visto que la consecución de una pérdida de peso motiva al paciente, lo que acaba produciendo una mayor adherencia al tratamiento farmacológico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mellado-Orellana R., Salinas-Lezama E., Sánchez-Herrera D., Guajardo-Lozano J., Juan Díaz-Greene E., Leopoldo Rodríguez-Weber F. Tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 dirigido a pacientes con sobrepeso y obesidad. *Med interna Méx* [revista en Internet], 2019 Ago [citado 2025 Mar 14]. 2019;35(4):525-36.
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Introduction and Methodology: Standards of Care in Diabetes-2025. *Diabetes Care*. 2025;48(1 Suppl 1):S1-s5.
3. Nadal Llover M., Cols Jiménez M. Nuevos fármacos para la obesidad (con y sin diabetes). *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2024;31(5):257-73.
4. Reyes-García R. Nuevo abordaje farmacológico de la obesidad en el paciente con diabetes. *Diabetes*. Disponible en: <https://www.revistadiabetes.org/wp-content/uploads/Nuevo-abordaje-farmacologico-de-la-obesidad-en-el-paciente-con-diabetes.pdf>.
5. Sagredo Pérez J., Allo Miguel G. Tratamiento farmacológico de la obesidad. Situación actual y nuevos tratamientos. *Aten Primaria*. 2025;57(1):103074.