

CAMPAÑA

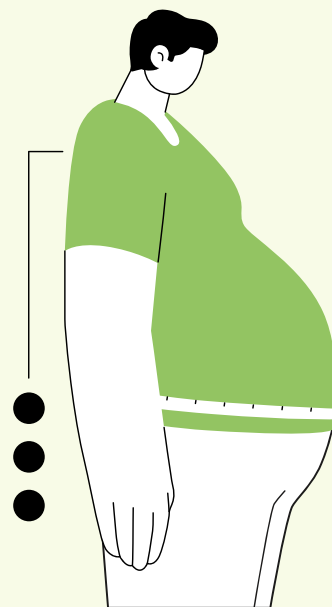
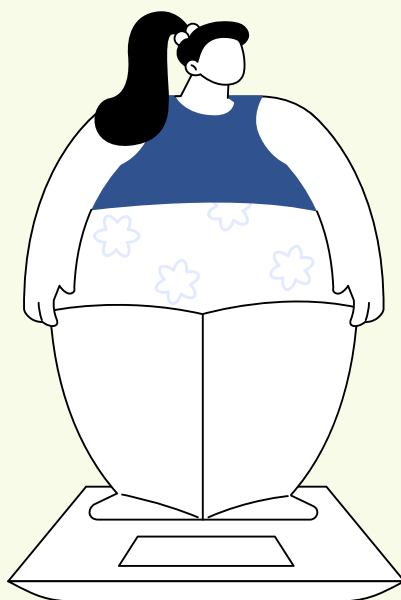
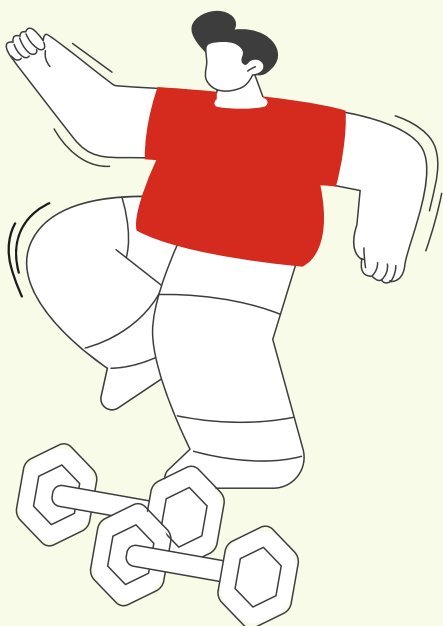
Obesidad

Más que una cifra

La farmacia rol clave en
la prevención y el manejo

Abordaje multidisciplinar

Guía práctica para Farmacéuticos Comunitarios



Con el patrocinio de:



Farmacéuticos

Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España

AUTORES

Dr. Cristobal Morales. Médico especialista en Endocrinología y Nutrición del Hospital Vithas Sevilla. Miembro de la junta directiva de la SEEDO (Sociedad de Obesidad Española) y colaborador de diferentes sociedades SEEN, SED, SAEDYN.

Dña. Carmen del Campo. Farmacéutica comunitaria y nutricionista en Ciudad Real. Vocal Nacional de Alimentación.

D. Felipe Mozo. Farmacéutico comunitario y nutricionista en Cádiz. Vocal Autonómico de Alimentación. Vicepresidente del COF de Cádiz. Investigador Grupo INIBICA CO1-INMOX (Inflamación, Nutrición, Metabolismo y Estrés Oxidativo).

COORDINACIÓN:

Dra. Raquel Varas Doval. Farmacéutica responsable del Área de Campañas Sanitarias de la Dirección de Servicios Farmacéuticos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España.

ÍNDICE

Prólogo	5
----------------------	----------

Introducción	7
---------------------------	----------

- › Prevalencia e importancia de la obesidad en España 8
- › Etiopatogenia y factores de riesgo 10

Manejo de la enfermedad: diagnóstico y tratamientos.....	12
---	-----------

- › Diagnóstico de la obesidad12
- › Coordinación y criterios de derivación desde Farmacia Comunitaria a Atención Primaria y/o Atención Hospitalaria 16
- › Tratamiento de la obesidad18
 - » Tratamiento no farmacológico 19
 - » Tratamiento farmacológico20
 - » Tratamiento quirúrgico y endoscópico 25
- › Evaluación, control y seguimiento28
- › Situaciones especiales: infancia, embarazo, menopausia, personas mayores..... 30
- › Herramientas clínicas y estrategias educativas en la Farmacia Comunitaria 33
- › Resumen de aspectos clave 36

Bibliografía	37
---------------------------	-----------

El farmacéutico como informador y educador en el uso correcto, seguro y efectivo de los medicamentos	38
---	-----------

- › Servicio de Dispensación de medicamentos para las personas que viven con Obesidad: qué saber 39
 - » Inicio de un tratamiento: qué saber 42
 - Información del medicamento en un tratamiento de inicio 43
 - Instrucciones de uso 44
 - Instrucciones de conservación 46
 - » Continuación de un tratamiento: qué saber 46
 - Esquema de Notificación a Farmacovigilancia 50
- › Servicio de Dispensación con Educación Sanitaria a un paciente que convive con obesidad 51
- › Resumen de aspectos clave 54
- › Herramientas prácticas para el tratamiento de la obesidad.....55

Bibliografía	56
---------------------------	-----------

CAMPAÑA

Obesidad

Más que una cifra

La farmacia rol clave en la prevención y el manejo



Prólogo

Entre las funciones de la Organización Farmacéutica Colegial destaca la de facilitar el avance profesional del farmacéutico comunitario a través de, entre otras, la actualización práctica de conocimientos en beneficio de la población que atiende a diario.

En esta línea, impulsa una nueva iniciativa; se trata de una Campaña Sanitaria que cuenta con el patrocinio de los laboratorios **Lilly y Novo Nordisk** junto con la Vocalía Nacional de Alimentación, médico especialista y la Asociación de Personas que Viven con Obesidad (ANPO), centrada en concienciar y aumentar la visibilidad de la obesidad como enfermedad crónica, que presenta un alto impacto en la salud de las personas a cualquier edad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define “**obesidad**” como un problema de salud pública mundial, una epidemia global que afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo. La obesidad no solo concierne a los adultos, ya que los niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad presentarán sobrepeso y obesidad en la edad adulta.

En España, de acuerdo con el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023, **dos de cada 10 adultos presentan obesidad, con una mayor prevalencia en las personas con menor nivel educativo**. Datos de 2024 ponen de manifiesto una prevalencia de obesidad del **19,3 % en hombres y del 18,0 % en mujeres**.

La obesidad está causada por la compleja interacción de múltiples factores genéticos y biológicos (metabólicos), conductuales, ambientales y sociales.

A nivel fisiopatológico, como enfermedad crónica, su base es la adiposidad. La causa más común es el desequilibrio entre el aporte y el gasto calórico, donde la mayor ingesta calórica, la baja actividad física y la reducción del gasto energético hacen que el excedente de calorías se almacene en el peso corporal. A estos factores se añaden otros como la epigenética, los fármacos obesogénicos, determinadas patologías endocrinológicas, mecanismos neurohormonales, alteraciones de la microbiota intestinal o estrés.

A nivel ambiental y social, las principales causas de obesidad son: la alimentación desequilibrada o hábitos poco saludables, el sedentarismo o la falta de actividad, enfermedades concomitantes, algunos tratamientos farmacológicos (antidepresivos, anticonvulsivantes, esteroides, etc.).

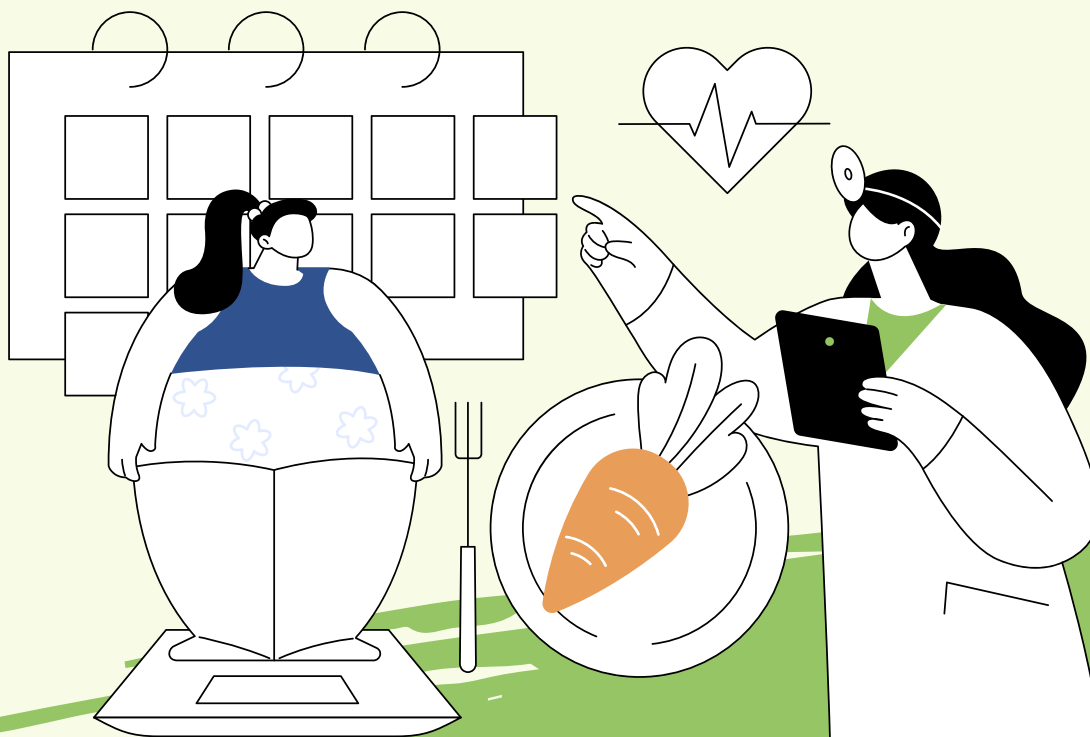
La obesidad es una enfermedad que **incrementa el riesgo de muchas otras enfermedades** y problemas de salud como son las enfermedades cardíacas, *diabetes mellitus* (DM), hipertensión arterial (HTA), dislipemia, enfermedad hepática, apnea del sueño y determinados tipos de cáncer.

El farmacéutico comunitario, por su accesibilidad y alta frecuentación, está en una posición privilegiada para identificar personas que viven con obesidad, que requieren de una derivación al médico. Interviene en situaciones en las que la persona está diagnosticada y acude a la farmacia solicitando una prescripción médica facilitando información personalizada sobre el correcto proceso de uso seguro y efectivo desde el Servicio de Dispensación de medicamentos y productos sanitarios. Y además, ofrece consejo en medidas no farmacológicas y educación sanitaria para mejorar la adherencia al tratamiento.

Los objetivos generales de esta Campaña Sanitaria son, entre otros:

- **Actualizar los conocimientos de los farmacéuticos comunitarios** para que puedan proporcionar información personalizada para un uso seguro y efectivo de los tratamientos actualmente disponibles, facilitar medidas no farmacológicas y reconocer criterios de derivación al Médico de Familia de Atención Primaria.
- **Facilitar material formativo para la persona que vive con obesidad al solicitar** consejo farmacéutico.
- **Dar visibilidad a los importantes problemas de salud que puede causar la enfermedad crónica** y la necesidad de su identificación, prevención y reducción.

Por todo ello, el contenido de este documento pretende actualizar el conocimiento de los tratamientos, facilitar herramientas prácticas y establecer puntos de coordinación multidisciplinar entre el médico especialista, el farmacéutico comunitario y las personas que viven con obesidad para el abordaje de esta enfermedad y sus consecuencias, a cualquier edad.



Introducción

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, caracterizada por un exceso o acumulación corporal de tejido adiposo, con frecuencia disfuncional, que perjudica la salud (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) la reconoce como enfermedad crónica (CIE-11) dado su origen multicausal y su curso prolongado. Este exceso adiposo conlleva numerosas complicaciones médicas a corto, medio y largo plazo, reduciendo la calidad y esperanza de vida de quienes la padecen. En las últimas décadas se ha convertido en un problema de salud pública de primer orden, con prevalencia en continuo aumento tanto globalmente como en España.

A pesar de su importancia, persisten concepciones culturales erróneas que culpan al paciente por su peso, atribuyendo la obesidad a una mera falta de voluntad o a malos hábitos intencionados. Este estigma y sesgo de peso se traducen en perjuicios incluso dentro del sistema sanitario, afectando la calidad de la atención recibida por las personas con obesidad. Es frecuente que se utilice lenguaje o actitudes culpabilizadoras hacia el paciente obeso, lo que puede llevarlo a evitar buscar ayuda médica. Sin embargo, la obesidad no es un vicio ni un problema moral, ni tampoco una “elección” personal deliberada. Por el contrario, se entiende hoy que obedece a múltiples factores intrínsecos (genéticos, fisiológicos) y extrínsecos (ambientales, psicológicos, sociales, económicos) y que actúan de forma compleja. Por ello, el enfoque clínico de la obesidad debe desterrar la culpa y centrarse en intervenciones empáticas, libres de discriminación, promoviendo cambios realistas y salud a largo plazo.

En este contexto, se hace imprescindible un cambio de paradigma en el manejo de la obesidad, abordando como la enfermedad crónica, recurrente y multifactorial que es, y no solo como un problema estético o de estilo de vida. Respondiendo a esta necesidad, la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) impulsó la elaboración de la Guía Española de manejo Integral y multidisciplinaria de la Obesidad, en colaboración con 34 sociedades científicas adicionales y 12 asociaciones de pacientes. La Guía GIRO (2ª edición, 2024) reúne la evidencia más reciente y 121 recomendaciones para el abordaje de la obesidad en adultos en España, con el objetivo de servir como una herramienta práctica y transformadora en la atención de esta enfermedad.

El farmacéutico comunitario, por su accesibilidad y cercanía a la población, ocupa una posición privilegiada para aplicar estas recomendaciones. Su rol puede ser clave en la detección precoz, el asesoramiento en estilos de vida saludables y el seguimiento de las personas que viven con obesidad en coordinación con el resto del equipo sanitario (1). A continuación, se presentan los puntos más relevantes de la Guía GIRO 2024 y la evidencia científica asociada, enfocados al entorno de la farmacia comunitaria dentro de la campaña sanitaria “Obesidad: más que una cifra. La farmacia, rol clave en la prevención y manejo”. Se abordan la magnitud del problema en España, las causas y factores de riesgo, las herramientas diagnósticas disponibles (p. ej., índice de masa corporal -IMC-, perímetro de cintura, escalas de riesgo), los criterios para derivación a atención médica, las opciones terapéuticas actuales (no farmacológicas, farmacológicas y quirúrgicas), así como consideraciones especiales y estrategias educativas que el farmacéutico puede implementar.

Prevalencia e importancia de la obesidad en España

La prevalencia de obesidad en España ha aumentado de forma alarmante en las últimas décadas. Según datos recientes, aproximadamente **1 de cada 5 adultos españoles padece obesidad** (Figura 1). El estudio ENE-COVID (2020) estimó que un 18,7 % de la población adulta vive con obesidad (19,3 % de los hombres y 18,0 % de las mujeres). Este porcentaje supera el 23,0 % (casi 1 de cada 4) en algunas estimaciones previas de la OMS. Si se incluye el sobrepeso (IMC entre 25 y 29,9 kg/m²), el porcentaje de españoles con exceso de peso asciende a alrededor del 60,0 % de la población adulta, reflejando el enorme impacto poblacional de esta problemática. España presenta además tasas preocupantes de obesidad infantil: el mencionado estudio ENE-COVID encontró un 10,7 % de obesidad en la población infantil y adolescente, a lo que se suma un 30,0 % con sobrepeso. Cabe destacar que nuestro país registra las cifras más elevadas de obesidad infantil en Europa, lo cual anticipa graves consecuencias futuras si no se toman medidas efectivas de prevención y control desde edades tempranas.

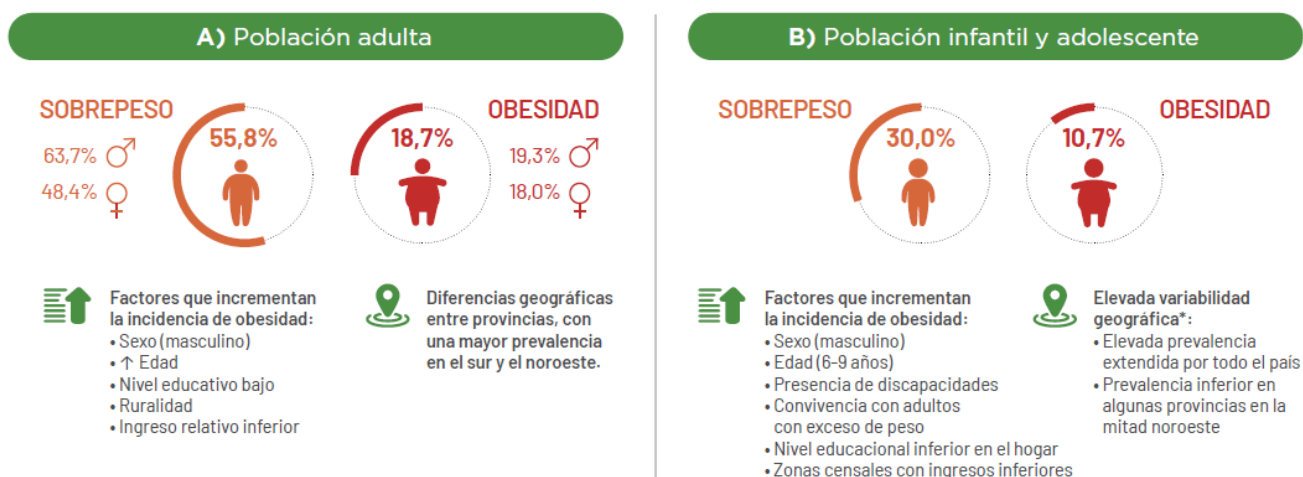


Figura de elaboración propia a partir de los datos publicados del estudio ENE-COVID en la población adulta (n = 57.131 participantes ≥ 18 años: 47,3 % hombres y 52,7 % mujeres) y en la población infantil y adolescente (n = 10.543 participantes entre 2 y 17 años). Puntos de corte del IMC (kg/m²) usados en el análisis en la población adulta: sobrepeso si IMC ≥ 25; obesidad si IMC ≥ 30; obesidad grave si IMC ≥ 40. En el análisis realizado en población infantil y adolescente, la categorización del estado ponderal de esta población se basó en la referencia de crecimiento recomendada por la OMS en el año 2007 para niños y adolescentes en edad escolar. Los puntos de corte se usaron para calcular la puntuación IMC por edad-puntuación Z (niños entre 6 y 17 años): Sobrepeso si IMC por edad ≥ 1 puntuación; Obesidad si IMC por edad ≥ 2 puntuación; Obesidad severa si IMC por edad ≥ 3 puntuación. La prevalencia estimada de exceso de peso incluye participantes con sobrepeso y obesidad; la prevalencia de obesidad cubre cualquier grado de ésta, inclusiva obesidad severa.

*Respecto a la prevalencia de obesidad y exceso de peso.

FIGURA 1. Prevalencia de la obesidad en España

Fuente: Lecube A, et al. 2ª edición Guía Española GIRO: guía española del manejo integral y multidisciplinar de la obesidad en personas adultas, 2024. Disponible en: <https://www.seedo.es/index.php/guia-giro>. Último acceso: marzo 2025.

El aumento de la obesidad conlleva importantes implicaciones sanitarias, sociales y económicas.

La obesidad es un factor determinante en la carga de enfermedad crónica: en España, el exceso de peso (sobrepeso u obesidad) es una causa relevante de discapacidad y de mortalidad (se estima que representa la quinta causa de muerte prevenible).

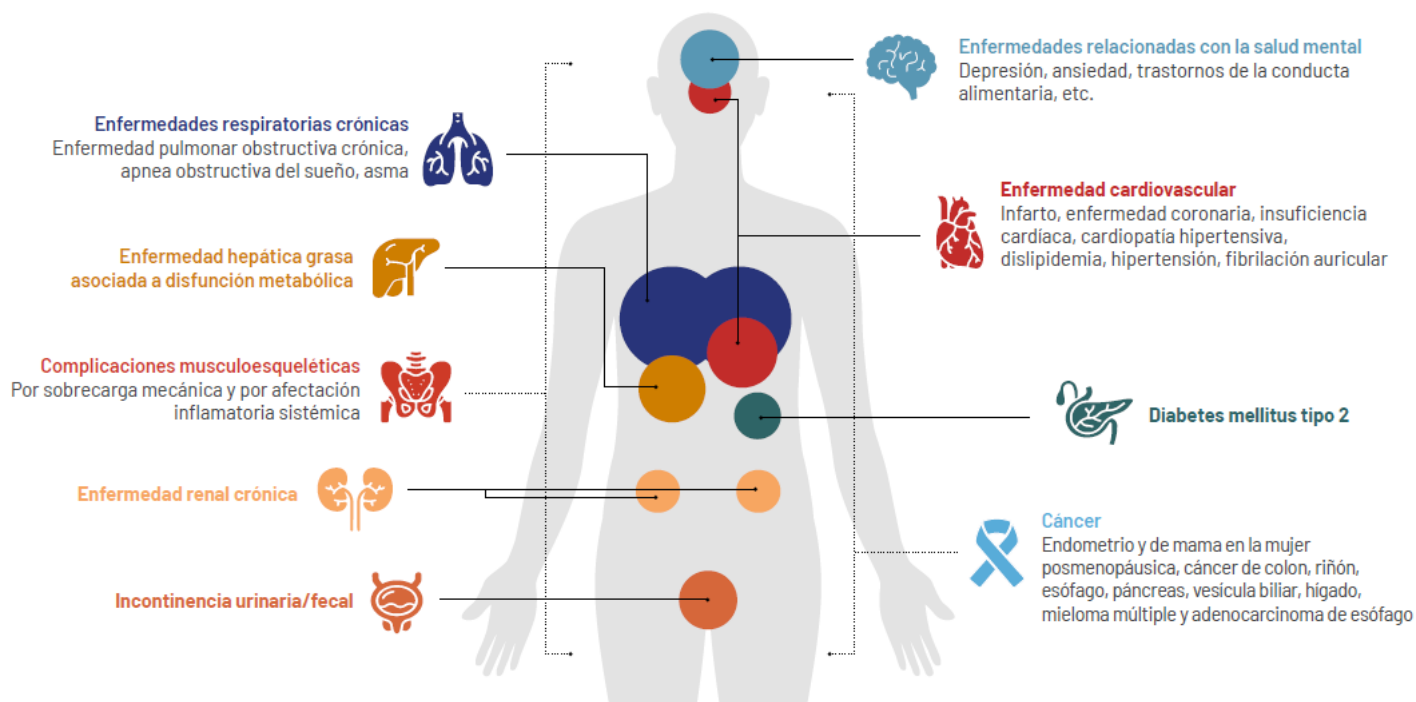
Las personas que viven con obesidad tienen mayor riesgo de desarrollar numerosas comorbilidades, entre ellas DM, HTA, dislipemia, enfermedad cardiovascular, ictus, apnea obstructiva del sueño, varios tipos de cáncer, artrosis, enfermedad hepática grasa, etc. (Figura 2). Estas condiciones asociadas a la obesidad disminuyen la calidad y la esperanza de vida, aumentan el riesgo de mortalidad por cualquier causa y mortalidad cardiovascular así como el riesgo de hospitalizaciones por causas cardíacas, incrementando considerablemente el gasto sanitario (1,2). Este punto acarrea estigmatización y discriminación que afectan el bienestar psicológico y las oportunidades laborales y sociales de quienes la padecen.

Las proyecciones a futuro resultan aún más preocupantes. De mantenerse las tendencias actuales, se estima que para el año 2035 la obesidad podría afectar a alrededor del 37,0 % de la población adulta española, más del doble de la prevalencia actual. En población infantil, las previsiones señalan que para 2030 aproximadamente el 20,0 % de los niños y más del 10,0 % de las niñas en España tendrán obesidad, incrementándose un 2,5 % anual la prevalencia en este grupo. Estas cifras ponen de manifiesto la urgencia de implementar intervenciones eficaces de prevención y manejo de la obesidad.

La farmacia comunitaria, como punto sanitario de primera línea, puede contribuir de forma crucial mediante campañas educativas poblacionales (p. ej., consejos sobre alimentación saludable desde edades tempranas), la identificación de individuos en riesgo y la derivación temprana al sistema sanitario, evitando que se alcancen estadios avanzados de la enfermedad.

En síntesis, la obesidad en España representa “más que una cifra”: tras los porcentajes crecientes de prevalencia se esconden situaciones cuya salud está comprometida. La actuación proactiva de todos los agentes sanitarios, incluido el farmacéutico comunitario, es esencial para revertir esta tendencia, reducir la carga de enfermedades asociadas y mejorar la calidad de vida de la población (1). Más de 200 complicaciones se asocian a esta enfermedad con mayúsculas, complicaciones metabólicas, mecánicas y mentales (Figura 2).

FIGURA 2. Principales enfermedades asociadas a obesidad



Fuente: Lecube A., et al. 2ª edición Guía Española GIRO: guía española del manejo integral y multidisciplinar de la obesidad en personas adultas, 2024. Disponible en: <https://www.seedo.es/index.php/guia-giro>. Último acceso: marzo 2025.

Etioopatogenia y factores de riesgo

La obesidad se origina por un desequilibrio crónico entre la ingesta calórica y el gasto energético, influido por una compleja interacción de factores genéticos, biológicos, conductuales y ambientales. No se trata simplemente de “comer mucho y moverse poco”, sino de una condición multifactorial donde cada persona puede tener causas y contribuyentes distintos (1).

Entre los **factores intrínsecos** destacan la predisposición genética (se han descrito múltiples genes asociados a la regulación del apetito, el metabolismo y la adipogénesis) y los factores fisiológicos o endocrinos. Por ejemplo, alteraciones endocrinas en los ejes que regulan la saciedad y el hambre (leptina, grelina, insulina, etc.) pueden favorecer la hiperfagia y el almacenamiento de grasa. Ciertas enfermedades (hipotiroidismo, síndrome de Cushing, insulinoma, lesiones hipotálamicas, etc.) también cursan con ganancia ponderal. Adicionalmente, algunos medicamentos de uso crónico (glucocorticoides, antipsicóticos, antidepresivos, anticonceptivos hormonales, antidiabéticos como insulina o sulfonilureas, betabloqueantes, etc.) pueden inducir aumento de peso como efecto secundario. **El farmacéutico debe estar atento a estos fármacos y, cuando sea posible, colaborar con el médico en buscar alternativas o mitigar sus efectos en el peso.**

En cuanto a los **factores extrínsecos o ambientales**, en las últimas décadas nuestro entorno se ha vuelto profundamente obesogénico. La disponibilidad abundante y a bajo coste de alimentos ultraprocesados, hipercalóricos y ricos en azúcares y grasas, junto con un estilo de vida cada vez más sedentario, han generado un potente “caldo de cultivo” para la epidemia de la obesidad. A esto se suman factores culturales (p.ej., patrones alimentarios poco saludables promovidos por la publicidad, tamaño excesivo de las raciones, consumo habitual de bebidas azucaradas, etc.) y psicológicos (estrés crónico, ansiedad, depresión y ciertos trastornos alimentarios pueden llevar a comer en exceso o de forma compulsiva). Los determinantes socioeconómicos también juegan un importante papel: la obesidad tiene mayor prevalencia en grupos de menor nivel socioeconómico y educativo, en parte por el peor acceso a la alimentación saludable y un menor tiempo/recursos para la actividad física. Asimismo, factores del estilo de vida moderno como la falta de sueño (dormir menos de 7 horas se asocia a desregulación hormonal del apetito), los horarios de comidas desorganizados (p. ej., saltarse el desayuno o comer muy tarde en la noche) y el estrés laboral o social sostenido han demostrado contribuir al desarrollo de obesidad.

En resumen, múltiples factores externos fomentan un consumo calórico excesivo y una reducción del gasto energético que, sobre una base genética susceptible, llevan gradualmente al aumento de peso.

Más allá de las causas iniciales, **la fisiopatología de la obesidad implica al tejido adiposo que perpetúa y agrava el problema.** En personas con obesidad, el tejido adiposo sufre una disfunción adiposa, es decir, las células grasas hipertrofiadas y en exceso pierden parte de su capacidad funcional normal y actúan como un órgano endocrino alterado. El tejido adiposo produce numerosas adipoquinas (hormonas y citoquinas) que regulan procesos metabólicos, p.ej., la leptina (que normalmente reduce el apetito y aumenta el gasto energético) se eleva con la obesidad y aparece resistencia a su efecto, mientras que la adiponectina (antiinflamatoria y sensibilizadora a la insulina) disminuye. Simultáneamente, los adipocitos hipertróficos liberan cantidades aumentadas de mediadores proinflamatorios (como TNF- α , IL-6) y atraen células inmunitarias al tejido graso. Esto conduce a un estado inflamatorio crónico de bajo grado, característico de la obesidad. Tal inflamación sistémica sostenida, junto con la lipotoxicidad (acúmulo de grasa ectópica en hígado, páncreas, músculo, etc.), provoca una alteración de los mecanismos homeostáticos del organismo. Las consecuencias incluyen resistencia a la función endotelial, estrés oxidativo y cambios en la señalización neurohormonal, a su vez, empeoran la obesidad en un círculo vicioso.

Este ambiente metabólico anómalo explica por qué estas complicaciones. Por ejemplo, la resistencia insulínica e inflamación crónica favorecen la aparición de aterosclerosis y de DM tipo 2; la infiltración grasa en hígado produce esteatosis hepática que puede progresar a esteatohepatitis no alcohólica (NASH); la sobrecarga mecánica y proinflamatoria sobre las articulaciones contribuye a la artrosis; la grasa abdominal reduce la función respiratoria y predispone a la apnea del sueño, etc.

Es importante resaltar que no todas las personas con obesidad presentan el mismo perfil de riesgo. Algunas personas con IMC muy elevado pueden no tener aún comorbilidades metabólicas (lo que se ha denominado “obesidad metabólicamente saludable”), mientras que otros con obesidad moderada sufren complicaciones significativas. Esto es debido a que no solo es relevante el exceso de tejido adiposo sino su funcionalidad y localización. El tejido adiposo verdaderamente peligroso es el que se acumula en la zona visceral y más aun el tejido adiposo epicárdico. Por ello, **además del grado de obesidad cuantificado por IMC, se recomienda evaluar la presencia y gravedad de comorbilidades y consecuencias funcionales en cada paciente (1).**

En síntesis, la obesidad resulta de la interacción entre genes y ambiente en una determinada persona. Factores socioculturales y actividad física desencadenan el aumento de peso sobre una base biológica susceptible y este exceso adiposo genera a su vez rutas metabólicas que agravan el estado del paciente. Comprender esta etiopatogenia refuerza la obesidad como una **enfermedad crónica que requiere terapia a largo plazo y abordaje personalizado** con la necesidad de intervenir no solo sobre la conducta individual, sino sobre el entorno obesogénico (educación nutricional, políticas de salud pública, etc.).

El farmacéutico, como educador sanitario, puede ayudar a los pacientes a modificar los factores contribuyentes en su caso particular (p. ej., malos hábitos alimentarios, sedentarismo, fármacos concomitantes que favorezcan el aumento de peso) y a entender que la obesidad tiene origen multifactorial, no culpabilizante. Este abordaje empático y basado en la ciencia fundamentan las bases de un manejo exitoso.

Manejo de la enfermedad: diagnóstico y tratamientos

Diagnóstico de la obesidad

El abordaje de la persona que vive con obesidad se basa principalmente en una evaluación individual, complementada con la valoración de las comorbilidades y el estado funcional. Las herramientas clínicas fundamentales para identificar el exceso de peso y estimar su severidad y que son de fácil aplicación en la farmacia incluyen:

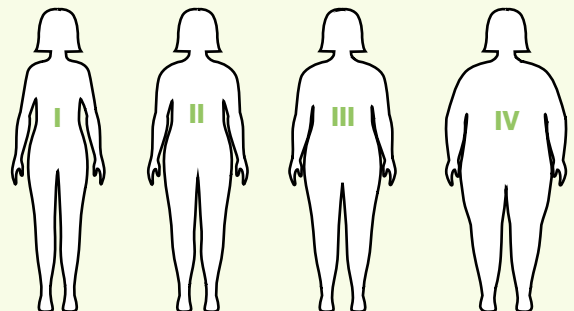
Índice de Masa Corporal (IMC)

Es la relación entre el peso y la talla al cuadrado (m^2). Continúa siendo la medida de referencia para definir sobrepeso y obesidad. Según la clasificación de la OMS, se considera:

Sobrepeso IMC = 25-29,9 kg/m²

Obesidad IMC = > 30 kg/m²

- **Grado I** (Obesidad leve): IMC = 30-34,9 kg/m²
- **Grado II** (Obesidad moderada): IMC = 35-39,9 kg/m²
- **Grado III** (Obesidad grave): IMC = 40-49,9 kg/m²
- **Grado IV** (Doble obesidad grave): IMC = ≥ 50 kg/m² (1)



Esta clasificación orienta sobre el riesgo global: a mayor IMC, generalmente mayor riesgo de complicaciones metabólicas y mecánicas. No obstante, el IMC por sí solo no distingue la composición corporal (masa grasa vs. masa magra) ni la distribución de la grasa, por lo que debe interpretarse junto a otras mediciones.

La circunferencia de la cintura

Es un indicador sencillo de adiposidad central o visceral, la cual se asocia fuertemente con riesgo de DM, cardiopatía isquémica, o dislipidemia. La Guía GIRO recomienda medir rutinariamente el perímetro abdominal y el IMC en la evaluación, ya que juntos complementan el riesgo para la salud que cualquiera de los dos por separado. En población, se consideran puntos de corte orientativos de alto riesgo ≥ 102 cm en hombres y ≥ 88 cm en mujeres (riesgo moderado desde ≥ 94 cm y ≥ 80 cm respectivamente).

No obstante, estos valores deben ajustarse según la edad, el sexo y la etnia. En la práctica, un perímetro de cintura elevado en un paciente con sobrepeso u obesidad indica acumulación de grasa visceral y sugiere la necesidad de intervención, aunque el IMC no sea extremadamente alto. El farmacéutico puede realizar esta medición adecuada, enseñando al paciente su significado y monitorizando su evolución con los cambios de peso.

Composición corporal (porcentaje de grasa corporal).

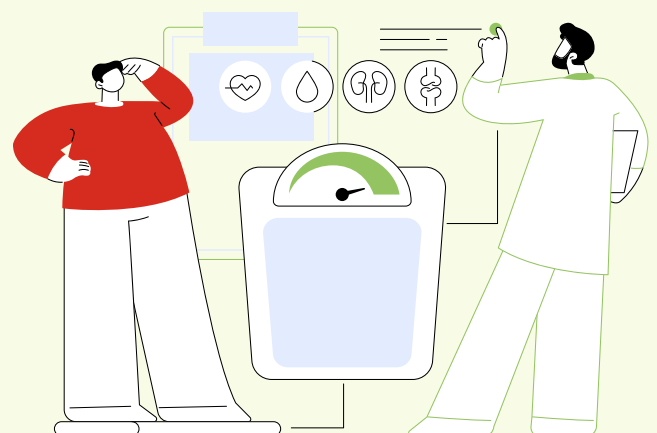
Idealmente, la evaluación debe complementarse con una medición de composición corporal para diferenciar la masa grasa de la masa libre de grasa. Métodos como la bioimpedancia eléctrica (BIA), disponibles en muchas farmacias mediante básculas especiales, permiten estimar el porcentaje de grasa corporal, masa magra y agua corporal. La Guía GIRO destaca que los equipos de medición de composición corporal deberían incorporarse en todas las consultas sanitarias que tratan a la persona que vive con obesidad, pues aportan información útil tanto en la valoración inicial como en el seguimiento de los pacientes (1). Por ejemplo, mediante BIA se puede detectar obesidad sarcopénica (combinación de exceso de grasa con baja masa muscular), especialmente relevante en adultos mayores. Estos datos ayudan a personalizar el tratamiento (p. ej., énfasis en ejercicio de fuerza y suplementación proteica). En la farmacia, tras un protocolo de calibración y estandarización de la medición (hora del día, condiciones del paciente), la BIA proporciona un indicador adicional para motivar al paciente (reducción del % graso) más allá del peso bruto.

Clasificación clínica de la obesidad (EOSS)

Dado que el IMC no refleja directamente el impacto de la obesidad sobre la salud individual, la Guía GIRO recomienda estratificar a los pacientes según sus complicaciones mediante escalas como *Edmonton Obesity Staging System* (EOSS). El sistema EOSS clasifica la obesidad en 5 estadios (0-4) basados en la presencia y severidad de comorbilidades médicas, alteraciones funcionales y problemas psicológicos relacionados con la obesidad (1). Por ejemplo, un estadio 0 corresponde a una persona que vive con obesidad sin ninguna complicación relevante (obesidad asintomática), el estadio 1 indica factores de riesgo leves (p. ej., prediabetes, HTA límite, ligeras molestias articulares), el estadio 2 implica enfermedades establecidas moderadas (DM tipo 2 tratada, HTA en tratamiento, apnea del sueño, uso del sistema depresión positiva continua en la vía respiratoria -CPAP-, osteoartritis significativa, etc.), el estadio 3 se asigna ante complicaciones graves o daño de órgano (p. ej., enfermedad cardiovascular establecida, insuficiencia cardíaca, NASH- esteatohepatitis no alcohólica- con fibrosis avanzada, artrosis severa que limita la movilidad, importante impacto en salud mental), y el estadio 4 corresponde a discapacidad severa o enfermedad en estado final relacionada con la obesidad (p. ej., fallo de órgano candidato a trasplante, movilidad prácticamente nula, etc.) (Tabla 1).

Utilizar EOSS u otra escala clínica permite cuantificar y priorizar la intensidad del tratamiento según la situación del paciente, más allá del número de su IMC. De hecho, se ha demostrado que la clasificación EOSS predice la mortalidad con mayor exactitud que el IMC o la cintura por sí solos.

En la farmacia se puede, tras la formación adecuada, aplicar cuestionarios o guías de estratificación sencillas para identificar signos de obesidad complicada: p. ej., indagar si el paciente tiene DM, HTA no controlada, síntomas de apnea del sueño importante (ronquidos, somnolencia diurna, etc.). Si se detecta un estadio EOSS alto (3-4), se debe derivar al paciente para una atención médica especializada ([ver criterios en el apartado de derivación](#)).



Estado	Complicaciones cardiometabólicas y mecánicas de la obesidad
Estadio 0	Ausencia de: <ul style="list-style-type: none"> Factores de riesgo (por ejemplo, HTA, lípidos y metabolismo hidrocarbonado normales) Síntomas físicos Psicopatología Limitación funcional Deterioro del bienestar
Estadio 1	Presencia de: <ul style="list-style-type: none"> Factores de riesgo subclínicos (por ejemplo, presión arterial límite, prediabetes, esteatosis, hiperuricemia o disnea de esfuerzo moderada) Síntomas físicos (dolores y molestias) leves u ocasionales Limitación funcional leve Psicopatología leve Deterioro leve del bienestar
Estadio 2	Presencia de: <ul style="list-style-type: none"> Enfermedad crónica establecida relacionada con la obesidad (por ejemplo, HTA, DMT2, hipertrigliceridemia, hipocolesterolemia HDL, AOS, MASLD, artritis, enfermedad por reflujo gastroesofágico, SOP, lumbalgia, incontinencia urinaria, gota, ERC (FGe < 60ml/min/1,73 m² y/o albumina/creatina orina ≥ 30 mg/g) Limitación moderada de las actividades de la vida diaria Psicopatología moderada (por ejemplo, trastorno de ansiedad) Deterioro moderado del bienestar
Estadio 3	Presencia de: <ul style="list-style-type: none"> Daño establecido en un órgano terminal (por ejemplo, cardiopatía isquémica, infarto de miocardio, IC, cardiomegalia moderada o grave, accidente cerebrovascular, claudicación intermitente, complicaciones de la diabetes, disnea de mínimos esfuerzos, artritis incapacitante, ERC, etc.) Psicopatología significativa (situación emocional informada de "a menudo deprimido") Limitación o compromiso funcional significativo Deterioro significativo del bienestar (salud auto-informada de "pobre")
Estadio 4	Presencia de: <ul style="list-style-type: none"> Discapacidades en etapa terminal derivadas de enfermedades crónicas relacionadas con la obesidad Psicopatología incapacitante grave Limitación funcional grave Deterioro grave del bienestar

AOS: apnea obstructiva del sueño; DMT2: diabetes *mellitus* tipo 2; EOSS: Sistema de Estadificación de la Obesidad de Edmonton; ERC: enfermedad renal crónica; FGe: filtrado glomerular estimado; FR: factores de riesgo; HDL: lipoproteínas de alta densidad; HTA: hipertensión arterial; IC: insuficiencia cardíaca; MASLD: Enfermedad hepática grasa asociada a disfunción metabólica; SOP: síndrome del ovario poliquístico.

TABLA 1. Clasificación de la obesidad basada en el sistema EOSS

Fuente: Lecube A., et al. 2ª edición Guía Española GIRO: guía española del manejo integral y multidisciplinar de la obesidad en personas adultas, 2024. Disponible en: <https://www.seedo.es/index.php/guia-giro>. Último acceso: marzo 2025.

Además de estas herramientas, el farmacéutico podrá evaluar de forma integral al paciente con sobrepeso/obesidad. Esto incluye registrar antecedentes personales y familiares relevantes (p. ej., historia familiar de DM u obesidad monogénica, antecedentes de trastornos de la alimentación, etc.), los hábitos dietéticos (tipo de alimentos, frecuencia de ingestas, patrón de picoteo, consumo de bebidas azucaradas o alcohol, etc.), el nivel de actividad física habitual y las barreras que refiere para alimentarse mejor o hacer ejercicio.

También es importante explorar el impacto psicosocial: cómo percibe el paciente su peso, si ha intentado perder peso antes y con qué resultados, su grado de motivación actual, la posible presencia de depresión o ansiedad, etc. Muchas farmacias cuentan con cuestionarios breves o pueden emplear la herramienta de las 5A's (por sus siglas en inglés: Ask, Assess, Advise, Agree, Assist – Preguntar, Evaluar, Aconsejar, Acordar objetivos, Ayudar) para estructurar la intervención. Esta metodología guía al profesional en cinco pasos: preguntar de forma respetuosa sobre el peso y el estilo de vida, evaluar el riesgo y la disposición al cambio, aconsejar sobre la importancia de mejorar hábitos, acordar con el paciente un plan o meta realista, y ayudar dando seguimiento y recursos necesarios. Siguiendo las 5A's, el farmacéutico puede abordar el tema de manera eficiente, evitando culpar al paciente y enfocándose en su salud global más que en la báscula (3).

Es fundamental que la comunicación sea motivadora y libre de juicios. El paciente con obesidad a menudo se siente avergonzado o ha sufrido experiencias negativas al respecto; por ello el farmacéutico debe ofrecer un espacio de confianza, disponiendo de un lugar como la ZAP (zona de atención personalizada). Algunas buenas prácticas incluyen emplear un lenguaje respetuoso (p. ej., hablar de “persona que vive con obesidad” en lugar de “obeso”, y no usar términos despectivos), pedir permiso, conocer la dificultad que conlleva perder peso y destacar cualquier logro por pequeño que sea. La Guía GIRO enfatiza que los profesionales sanitarios hablen del sesgo de peso y del estigma en la consulta. Un trato cercano y empático mejorará la adherencia del paciente a las indicaciones (3).

En síntesis, el farmacéutico comunitario puede identificar la obesidad de forma precoz midiendo peso, talla y cintura a sus pacientes de riesgo (p. ej., mediante un cribado en la farmacia o cuando nota sobrepeso en usuarios habituales). Puede clasificar el grado de obesidad y detectar signos de alarma de complicaciones, y en base a ello, informar, educar y aconsejar al paciente sobre las medidas iniciales a tomar. Si la situación lo requiere (IMC muy elevado o presencia de comorbilidades importantes), el farmacéutico derivará el paciente al médico para evaluación y manejo más exhaustivo ([ver siguiente sección](#)). Todo ello, manteniendo siempre una actitud que anime a la persona que vive con obesidad a enfrentar su problema de salud sin vergüenza ni resignación.

Coordinación y criterios de derivación desde Farmacia Comunitaria a Atención Primaria y/o Atención Hospitalaria

Dada la naturaleza crónica y multifacética de la obesidad, es necesaria la participación coordinada de distintos niveles asistenciales y profesionales. El farmacéutico comunitario forma parte de esta red asistencial y puede actuar como primer filtro para decidir qué pacientes pueden manejarse con intervención básica en la farmacia y cuáles requieren valoración médica. Es esencial establecer criterios claros de derivación hacia Atención Primaria y, en su caso, hacia Unidades Especializadas de Obesidad, asegurando la continuidad asistencial y el adecuado tránsito del paciente por el sistema sanitario.

La Guía GIRO propone unos criterios de derivación desde Atención Primaria (extensibles al entorno de farmacia comunitaria) hacia las Unidades de Obesidad o especialistas, siempre considerando la situación individual y contando con el acuerdo del paciente (1). Adaptando estos criterios a la práctica farmacéutica, se sugiere que el farmacéutico recomiende al paciente consultar con su médico de familia (o directamente con especialista, según acceso) en los siguientes casos:

- **Obesidad clase III (IMC ≥ 40 kg/m²),** independientemente de la presencia de otras enfermedades. Un IMC por encima de 40 indica obesidad severa que generalmente excede las intervenciones básicas; estos pacientes suelen beneficiarse de evaluación médica integral y considerar tratamientos especializados (farmacológicos de mayor potencia, valoración para cirugía bariátrica, etc.).
- **Obesidad clase II (IMC ≥ 35 kg/m²)** con comorbilidades significativas mal controladas relacionadas con la obesidad. Por ejemplo: DM tipo 2 no controlada (HbA1c elevada a pesar de tratamiento), HTA refractaria (sigue alta con ≥ 3 fármacos antihipertensivos), apnea obstructiva del sueño moderada-grave (especialmente si el paciente no logra usar CPAP adecuadamente), dislipemia severa, síndrome de ovario poliquístico que impide concepción, padecer alguna enfermedad cardiovascular (como haber sufrido un ictus, infarto, tener enfermedad arterial periférica, angina de pecho, etc.), enfermedad hepática grave o fibrosis hepática avanzada, artrosis de rodilla/cadera que limite la movilidad en < 60 años, etc. En estos casos, la obesidad está agravando una condición seria y su control excede las medidas generales, por lo que se requiere intervención médica intensiva e interdisciplinaria.
- **Obesidad clase II (IMC ≥ 35)** en que se requiera pérdida de peso obligatoria para un procedimiento o tratamiento de otra patología. Por ejemplo, pacientes que necesitan bajar de peso para ser candidatos a cirugía ortopédica (prótesis de rodilla/cadera) o para ingresar en lista de trasplante de órgano. Aquí la derivación es importante para acelerar un plan de reducción ponderal supervisado que permite acceder a dicho tratamiento.
- **Candidatos a cirugía bariátrica:** pacientes con IMC por encima de los umbrales habituales de indicación quirúrgica (IMC ≥ 40 kg/m², o con IMC ≥ 35 kg/m²) y comorbilidades severas, que reúnen los criterios de elegibilidad para cirugía bariátrica y manifiestan su deseo de someterse a dicha intervención. Estos pacientes deben ser remitidos a una Unidad Especializada de Obesidad o a cirugía para evaluación prequirúrgica multidisciplinaria.

- **Sospecha de obesidad secundaria:** casos en que la obesidad pudiera ser síntoma de otra patología endocrina o neurológica subyacente (p.ej., síndrome de Cushing, hipotiroidismo no tratado, insulinoma, acromegalia, lesiones hipotalámicas). Ante hallazgos clínicos sugestivos (p. ej., cara cushingoidea, antecedentes de radioterapia cerebral, etc.), se recomienda derivar al paciente al médico para estudio etiológico específico.
- **Sospecha de obesidad sindrómica o monogénica:** se refiere a obesidades de inicio temprano (infancia) asociadas a rasgos clínicos particulares como hiperfagia intensa, retraso psicomotor, dismorfias o hipogonadismo (p. ej., síndrome de Prader-Willi, otras obesidades genéticas). Si el farmacéutico identifica en la historia del paciente indicadores de posible origen desde la niñez, familiares con patrones similares, debe sugerir evaluación médica especializada para diagnóstico genético.
- **Trastornos de la conducta alimentaria (TCA):** si se sospecha que la persona con obesidad padece un TCA (p.ej., *binge eating disorder* o trastorno por atracón, bulimia nerviosa, etc.), se debe derivar de inmediato a un especialista en salud mental. Signos de alerta pueden incluir: atracones recurrentes de comida, conductas purgativas, obsesión extrema con la imagen corporal, o distorsión de la percepción del peso. El manejo de la obesidad en estos casos requiere abordar primero el componente psiquiátrico.

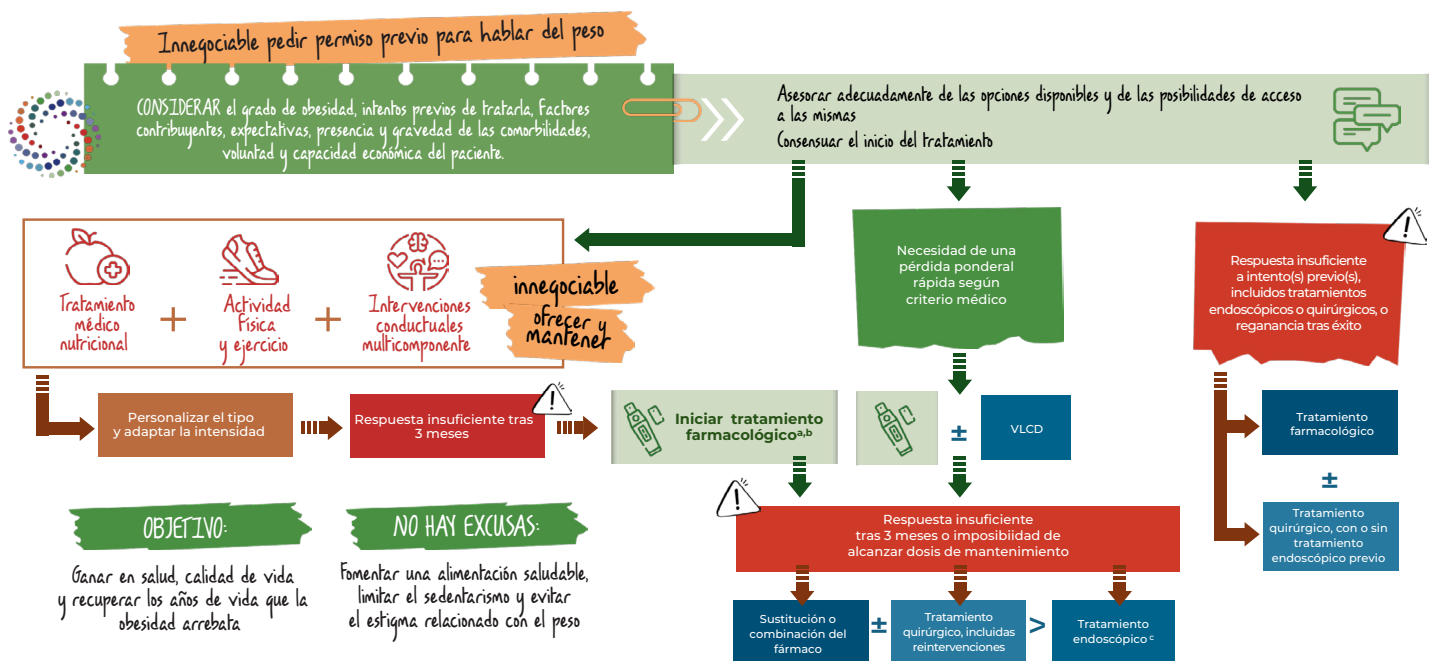
Por otro lado, es importante destacar que no todos los pacientes con obesidad requieren derivación al especialista de forma inmediata. La Guía GIRO señala que la mayoría de los casos pueden y deben ser manejados inicialmente en Atención Primaria y Comunitaria (APyC), reservando la derivación a unidades de obesidad para situaciones como las descritas. En pacientes con obesidad leve o moderada (IMC < 35) sin complicaciones graves, se recomienda iniciar un plan de manejo en el ámbito de APyC (que incluye al médico de familia, dietista-nutricionista, farmacéutico, enfermería, etc.) y evaluar la evolución tras 3-6 meses antes de considerar una derivación. De hecho, derivar prematuramente a Unidades Especializadas de Obesidad saturaría estos servicios y privaría al paciente de un seguimiento cercano en su entorno habitual. La Guía GIRO enfatiza que la continuidad asistencial entre niveles es clave: debe haber comunicación ágil y bidireccional entre el farmacéutico, el médico de Atención Primaria y, cuando intervengan, los especialistas (1).

Así, si el farmacéutico deriva un paciente al centro de salud o al especialista, es muy útil que facilite la información relevante (p.ej., registro de medidas antropométricas, intentos previos de pérdida de peso, tratamientos no sujetos a prescripción médica que esté tomando, etc.). Igualmente, tras la consulta médica, el farmacéutico puede dar seguimiento al plan instaurado (p. ej., supervisar la adherencia a la medicación para la obesidad o a la dieta recomendada) manteniendo informado al médico en caso de dificultades. Esta coordinación interprofesional garantiza que el paciente reciba un mensaje coherente y apoyo constante.

En resumen, la farmacia comunitaria puede identificar personas que viven con obesidad que requieren de una valoración médica más profunda según criterios definidos: obesidad de alto grado, complicaciones importantes, sospecha de causas secundarias o TCA. Al mismo tiempo, para casos menos graves, el farmacéutico juega un papel activo en el manejo inicial y sólo derivará tras evaluar respuesta insatisfactoria o aparición de nuevos problemas. De esta manera, se optimizan los recursos disponibles y se brinda al paciente la atención adecuada en el momento apropiado.

Tratamiento de la obesidad

El tratamiento de la obesidad debe ser siempre integral, individualizado y a largo plazo, combinando intervenciones no farmacológicas (mejoras en la alimentación, aumento de actividad física y cambios conductuales), farmacológicas cuando estén indicadas, y en casos seleccionados, técnicas quirúrgicas o endoscópicas. El objetivo no es solo lograr una reducción de peso, sino mantenerla en el tiempo y mejorar las comorbilidades y la calidad de vida del paciente. El farmacéutico comunitario, dentro de un equipo multidisciplinar, puede apoyar al paciente en adherirse a su plan terapéutico, supervisar la correcta utilización de los medicamentos y reforzar las modificaciones del estilo de vida.



^aDebe alcanzarse la dosis máxima o de mantenimiento, o bien la dosis máxima tolerada. ^bEl tratamiento farmacológico puede iniciarse también en pacientes con un IMC > 27 kg/m² y al menos una comorbilidad asociada con la obesidad. ^cLas indicaciones para el tratamiento endoscópico se detallan en el texto. Las evidencias a favor del tratamiento quirúrgico son mayores que a favor del tratamiento endoscópico.

En el momento de escribir la guía GIRO, los fármacos aprobados tanto por la EMA como por la AEMPS para el tratamiento farmacológico de la obesidad son: orlistat 120 mg, liraglutida 3,0 mg, semaglutida 2,4 mg, tirzepatida 5,0 mg y 10,0 mg; y la combinación bupropion/naltrexona de liberación prolongada. Esta última combinación actualmente no se encuentra comercializada en España.

AEMPS: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; EMA: Agencia Europea del Medicamento (del inglés European Medicines Agency); IMC: índice de masa corporal; VLCD: dieta muy baja en calorías, por sus siglas en inglés.

FIGURA 3. Algoritmo de la Guía GIRO para el tratamiento de la obesidad

Fuente: Lecube A., et al. 2ª edición Guía Española GIRO: guía española del manejo integral y multidisciplinar de la obesidad en personas adultas, 2024. Disponible en: <https://www.seedo.es/index.php/guia-giro>. Último acceso: marzo 2025.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Constituye la piedra angular del manejo de la obesidad y debe indicarse a todos los pacientes.

Incluye:

- **Intervención dietética o nutricional:** no existe una única dieta “mágica”. La mejor pauta alimentaria será aquella que el paciente pueda mantener a largo plazo, logrando un balance calórico negativo controlado. La Guía GIRO subraya la importancia de adoptar patrones alimentarios saludables, culturalmente apropiados y sostenibles. **En España, se recomienda fomentar la dieta mediterránea tradicional, rica en vegetales, frutas, legumbres, cereales integrales, huevos, pescado, aceite de oliva, y moderada en carnes rojas y procesadas.** Este patrón ha demostrado beneficios metabólicos (mejor control glucémico, perfil lipídico, menor incidencia de eventos cardiovasculares) en personas que viven con obesidad. Como estrategia general, se busca una reducción moderada de calorías (aproximadamente 500 kcal menos al día respecto a requerimientos) para inducir una pérdida de peso gradual de aproximadamente 0,5 kg por semana. El farmacéutico puede reforzar las indicaciones dietéticas dadas por el nutricionista o médico: p.ej., aconsejando priorizar alimentos frescos sobre ultraprocesados, leer el etiquetado nutricional, planificar menús semanales equilibrados, controlar el tamaño de las porciones y evitar el picoteo excesivo. También puede informar sobre dietas específicas si se prescribieron (p. ej., dieta baja en hidratos de carbono, ayuno intermitente supervisado, etc.), remarcando precauciones y desalentar prácticas no probadas o peligrosas (dietas milagro, suplementos “quemagrasas” sin evidencia). Es crucial adaptar las recomendaciones a las preferencias y condición del paciente para mejorar la adherencia.
- **Actividad física regular:** el ejercicio físico es un componente esencial para perder peso como, sobre todo, para mantener la pérdida ponderal y mejorar la salud cardiovascular. La Guía GIRO aconseja recomendar actividad física regular a todos los pacientes, independientemente del peso perdido, por sus numerosos beneficios incluso si la reducción de peso es modesta. Las guías internacionales sugieren al menos 150 minutos semanales de actividad aeróbica moderada (p.ej., caminar rápido 30 minutos al día, 5 días/semana) combinados con ejercicios de fuerza 2-3 veces por semana para conservar la masa muscular. En personas que viven con obesidad, comenzar de forma progresiva: el farmacéutico puede ayudar a fijar metas realistas (p. ej., aumentar progresivamente el número de pasos utilizando un podómetro o app móvil) y animar a integrar la actividad en la rutina (subir escaleras en lugar de ascensor, bajarse una parada antes del transporte público, etc.). Además, debe insistirse en reducir el sedentarismo: pausas activas si se trabaja sentado, limitar el tiempo de pantalla recreativa, etc. Incluso si la pérdida de peso inicial proviene fundamentalmente de la dieta, el ejercicio mantiene la masa magra, mejora la sensibilidad a la insulina y reduce riesgo cardiovascular. En pacientes con limitaciones físicas (por dolor articular) recomendar actividades de bajo impacto como natación o bicicleta estática. El farmacéutico puede facilitar material educativo, folletos de ejercicios o referir a programas comunitarios (clases de gimnasia de la municipalidad, grupos de caminata, etc.).

- **Terapia conductual y motivacional:** cambiar hábitos de vida no es sencillo. Por ello se emplean técnicas de modificación de conducta, a menudo guiadas por psicólogos o educadores especializados en obesidad. Estrategias como el autorregistro (llevar un diario de comidas y actividad), el establecimiento de metas específicas (p. ej., “esta semana comer verdura en la cena 5 días”), el refuerzo positivo (recompensar logros con algo agradable no alimentario), y la resolución de problemas (identificar barreras y soluciones prácticas) han demostrado mejorar la adherencia. La entrevista motivacional, técnica centrada en explorar y resolver la ambivalencia del paciente respecto al cambio, es especialmente útil para fomentar la motivación intrínseca. El farmacéutico comunitario, con formación en estas áreas, puede aplicar elementos de terapia breve: p.ej., preguntar por las razones personales del paciente para perder peso, ayudarlo a identificar obstáculos (emocionales y sociales) y brindarle apoyo continuo para mantener el cambio. También es parte de la intervención conductual educar sobre la autogestión: enseñar al paciente a monitorizar su peso regularmente, a no desanimarse ante estancamientos (mesetas) y a entender que las recaídas pueden ocurrir, aunque se pueden superar con ayuda.

En conjunto, la modificación del estilo de vida suele producir pérdidas de peso del 5-10 % del peso inicial en aproximadamente 6 meses en muchos pacientes, lo cual ya se asocia a mejoras clínicas significativas (p.ej., descenso de hemoglobina glicosilada, reducción de presión arterial) sin embargo, es frecuente que tras esa fase se produzca un estancamiento o incluso se recobre el peso inicial. Dado el carácter crónico y recurrente de la obesidad, la Guía GIRO recalca la necesidad de mantener el seguimiento a largo plazo e intensificar las intervenciones (incluso sumando farmacoterapia) si la pérdida de peso es insuficiente o el paciente comienza a recuperarlo.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los fármacos antiobesidad están indicados como complemento a las medidas dietéticas y de ejercicio en pacientes seleccionados, típicamente aquellos con $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ o $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ con comorbilidades relacionadas (enfermedad cardiovascular entre las comorbilidades asociadas al sobrepeso u obesidad, apnea del sueño, etc.), siempre que no hayan logrado los objetivos de pérdida de peso con las intervenciones de estilo de vida solo (1). No son “píldoras mágicas”, pero pueden facilitar la adherencia a la dieta al disminuir el apetito o la absorción de calorías, potenciando la pérdida ponderal. Es crucial que el farmacéutico conozca estos fármacos aprobados, seguros y efectivos, para informar correctamente a los pacientes y vigilar posibles interacciones o efectos adversos.

En el momento actual (2025), en España están aprobados los siguientes fármacos para el tratamiento específico de la obesidad (Tabla 2):

	Orlistat	Liraglutida 3 mg	Semaglutida 2,4 mg	Tirzepatida
Mecanismo de acción	Inhibidor de la lipasa pancreática a nivel intestinal	arGLP-1	arGLP-1	Agonista dual receptores GLP-1 y GIP
Modo de administración	Oral	Subcutáneo	Subcutáneo	Subcutáneo
Dosis/frecuencias recomendadas	120 mg, tres veces al día	3,0 mg diarios	2,4 mg semanales	5,0 y 10,0 mg semanales
Cambio (%) en el peso corporal vs. placebo	2,9% [†]	-9,2% vs. -3,5% [DTE: -5,7(IC 95%: -6,3; -5,1)]	-16,9% vs. -2,4% [DTE: -14,4(IC 95%: -15,3; -13,6)]	-16,0% y -21,4% vs. -2,4 [DTE: -13,5(IC 95%: -14,6; -12,5) y -18,9(20,0; -17,8) para 5,0 y 10,0 mg respectivamente]
Efecto en el peso a largo plazo, placebo restado	-2,8 kg a los 4 años	-4,2% a los 3 años	-12,6% a los 2 años	No disponible
% pacientes que logran una pérdida de peso ≥ 10% al año	26% (vs. 14% en PBO)	33,1% (vs. 10,6% con PBO)	74,8% (vs. 11,8% con PBO)	90,1% (vs. 13,5% con PBO)
% pacientes que logran una pérdida de peso ≥ 15% al año	No estudiado	14,4% (vs. 3,5% con PBO)	54,8% (vs. 5,0% con PBO)	78,2% (vs. 6,0 con PBO)
Contraindicaciones y poblaciones especiales	<ul style="list-style-type: none"> Colestasis Síndromes de malabsorción Embarazo, intento de concepción, lactancia 	<ul style="list-style-type: none"> Antecedentes personales o familiares de cáncer medular de tiroides Antecedentes personales del síndrome de MEN2 Embarazo, intento de concepción, lactancia 	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo y lactancia Hipersensibilidad al principio activo 	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo, mujeres en edad fértil que no utilicen métodos anticonceptivos, lactancia Hipersensibilidad al principio activo o excipientes
Efectos secundarios comunes	<ul style="list-style-type: none"> Heces blandas y aceitosas, aumento de deposiciones, flatulencias 	<ul style="list-style-type: none"> Náuseas, estreñimiento, diarrea, vómitos (especialmente al inicio del tratamiento) 	<ul style="list-style-type: none"> Náuseas, estreñimiento, diarrea, vómitos (especialmente al inicio del tratamiento) 	<ul style="list-style-type: none"> Náuseas y diarrea (especialmente al inicio del tratamiento) Hipoglucemias si su conjunto con sulfonilureas o insulina
Interacciones medicamentosas	<ul style="list-style-type: none"> Vitaminas liposolubles Levotiroxina Ciclosporina Anticoagulantes orales Anticonvulsivos 	Puede afectar a la absorción de medicamentos debido a la ralentización del vaciado gástrico	Puede afectar a la absorción de medicamentos debido a la ralentización del vaciado gástrico	Puede afectar a la tasa de absorción de medicamentos por su efecto de retraso sobre el vaciado gástrico
Efecto en la prediabetes	Reducción del 37,3% en el riesgo de DMT2 en 4 años	Reducción del 79% en el riesgo de DMT2 en 3 años	Remite prediabetes en 79,7% pacientes en 2 años	Remite la prediabetes en el 95,3% de los pacientes en la semana 72
Efecto en la concentración de lípidos al año, placebo restado (sólo cambios estadísticamente significativos)	LDL -8,4 mg/dL (LDL -0,22 mmol/L) HDL -1,1 mg/dL (HDL +0,03 mmol/L)	LDL -3,09 mg/dL (LDL -0,08 mmol/L)	CT -9,49 mg/dL (CT -0,22 mmol/L) LDL -3,8 mg/dL (LDL -0,1 mmol/L) HDL +3,8 mg/dL (HDL +0,1 mmol/L) TG -19,4 mg/dL (TG -0,22 mmol/L)	c-no-HDL -7,5 mg/dL (-0,2 mmol/L) HDL + 8,8 mg/dL (+0,5 mmol/L) TG -20,3 mg/dL (1,2 mmol/L)
Efecto en eventos adversos cardiovasculares mayores (MACE, por sus siglas en inglés)	No estudiado	Seguridad cardiovascular demostrada	Tasa de un 6,5% de eventos con semaglutida vs. 8,0% con PBO (<i>hazard ratio</i> 0,80; IC 95%, 0,72 a 0,90, P<0,001)	Estudio específico publicado
Efecto en la esteatohepatitis asociada a disfunción metabólica (MASH, por sus siglas en inglés)	Sin cambios	Resolución o mejora: 39% con liraglutida 3,0 mg diarios vs. 9% con PBO	En ensayo clínico fase II de 72 semanas, resolución del MASH sin empeoramiento de fibrosis en 40%, 36% y 59% (con 0,1 mg, 0,2 mg y 0,4 mg, respectivamente) vs. 17% con PBO	En ensayo clínico fase II de 52 semanas, resolución de MASH sin empeoramiento de fibrosis en 44% y 56% (con 5,0 y 10,0 mg, respectivamente) vs. 10,0% con PBO
Efecto en la calidad de vida	No estudiado	SF36 – mejora IWQOL – mejora	SF36 – mejora IWQOL – mejora	SF36v2 – mejora IWQOL – mejora
Nombre del estudio principal	XENDOS (<i>XENical in the prevention of Diabetes in Obese Subjects</i>)	SCALE (<i>Satiety and Clinical Adiposity-Liraglutide Evidence</i>)	STEP trial program (<i>Semaglutide Treatment Effect in People with Obesity</i>)	SURMOUNT trial program (<i>Tirzepatide for the treatment of Obesity</i>)
Tasa de adherencia	90,6	71,9 (SCALE obesidad y prediabetes) 75 (SCALE mantenimiento)	94,9	89,8% (SURMOUNT-1)
Uso aprobado en España en menores de edad	No	Sí entre 12 y 17 años	Sí entre 12 y 17 años	No

Modificado de Pedersen S. et al., 2020.

[†] Dato disponible: efecto en % pérdida de peso, PBO restado. Notas adicionales: La combinación de bupropion/naltrexona no se incluye en esta Tabla debido a que ya no se comercializa en España. Pueden consultarse las diferentes fichas técnicas para obtener información más detallada.

arGLP-1: agonistas del receptor del péptido similar a glucagón tipo 1; c-no-HDL: colesterol no HDL; CT: colesterol total; DMT2: diabetes mellitus tipo 2; GIP: péptido insulinotrópico dependiente de glucosa; GLP-1: péptido similar al glucagón tipo 1; DTE: diferencia de tratamiento estimada; HDL: lipoproteínas de alta densidad; IC: intervalo de confianza; IWQOL: cuestionario *Impact of Weight on Quality of Life*; LDL: lipoproteínas de baja densidad; MEN2: neoplasia endocrina múltiple tipo 2; P: p-valor; PBO: placebo; SF36: cuestionario de salud *Short-Form*; TG: triglicéridos.

TABLA 2. Farmacoterapia aprobada en España

Fuente: Adaptada de Lecube A., et al. 2ª edición Guía Española GIRO: guía española del manejo integral y multidisciplinar de la obesidad en personas adultas, 2024. Disponible en: <https://www.seedo.es/index.php/guia-giro>. Último acceso: marzo 2025.

Orlistat

Actúa mediante la inhibición de lipasas intestinales, reduciendo alrededor del 30 % de la absorción de grasas de la dieta.

- **Dosis típica:** 120 mg vía oral, tres veces al día con las comidas principales.
- **Efectividad:** pérdida de peso promedio aproximadamente un 3 % mayor que placebo al año. Su reducción promedio es de aproximadamente 2,8 kg menos vs placebo en 4 años. Es menos potente que los otros fármacos, por lo que hoy se considera un tratamiento de segunda línea.
- **Efectos adversos frecuentes:** esteatorrea (heces grasas, aceitosas), flatulencia, especialmente si se ingieren grasas. Estas molestias pueden limitar la adherencia, pero se controlan siguiendo una dieta moderada en grasa.
- **Interacciones:** reduce la absorción de vitaminas liposolubles (A, D, E, K) – se recomienda suplementarias si se usa > 6 meses –; puede afectar a la absorción de algunos medicamentos como levotiroxina o ciclosporina – se recomienda separar tomas –.
- **Contraindicado** en síndrome de malabsorción crónica y colestasis.

Liraglutida 3 mg

Análogo del GLP-1 (hormona incretina) que actúa centralmente disminuyendo el apetito y aumentando la saciedad (Figura 4). Se administra en inyección subcutánea diaria. Es el mismo principio activo que en DM (Victoza®) pero a mayor dosis (Saxenda® para obesidad).

- **Efectividad:** pérdida de peso media aproximada 8 % del peso inicial (5,4 % más que placebo) al año; alrededor de un tercio de los pacientes logran ≥ 10 % de pérdida. También mejora componentes metabólicos: reduciendo hasta un 79 % el riesgo de desarrollar DM tipo 2 en 3 años en prediabéticos y en otros estudios ha reducido o estabilizado la esteatohepatitis en el 39 % de pacientes con NASH.
- **Efectos adversos:** principalmente gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento) sobre todo al inicio. Suele mejorar con el tiempo y escalando la dosis lentamente.
- **Precauciones:** está contraindicado en personas con antecedentes familiares o personales de carcinoma medular de tiroides o neoplasia endocrina múltiple tipo 2 (NEM2), debido a hallazgos de tumores tiroideos en roedores (no confirmados en humanos). Tampoco debe usarse en embarazo ni lactancia.

Semaglutida 2,4 mg

Otro agonista GLP-1, de administración semanal subcutánea (formulación específica para obesidad, Wegovy®) (Figura 4).

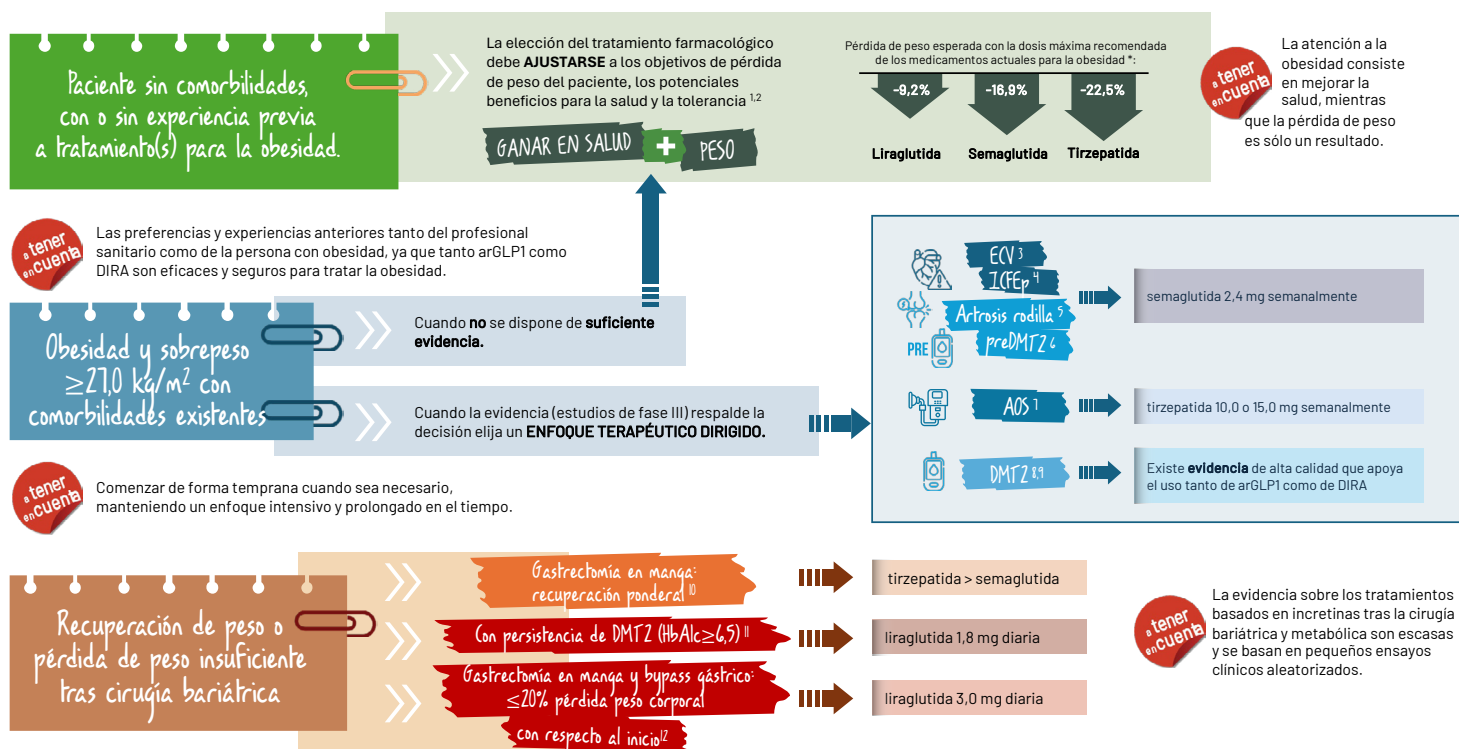
- **Efectividad:** en ensayos clínicos (programa STEP) semaglutida 2,4 mg ha demostrado una pérdida de peso media de aproximadamente un 15-17,0 %, mantenida durante 2 años de tratamiento. Además de la pérdida ponderal, ha mostrado beneficios cardiovasculares: en el estudio SELECT se ha demostrado una reducción del 20,0 % del riesgo de eventos cardiovasculares mayores (MACE) en personas que viven con sobrepeso u obesidad y enfermedad cardiovascular establecida. También puede resolver la prediabetes en aproximadamente el 80,0 % de pacientes a 2 años y mejorar significativamente la NASH (59,0 % resolución en un estudio con dosis más altas).
- Sus **efectos secundarios, contraindicaciones y perfil de seguridad:** son similares a los observados en otros análogos de GLP-1 (gastrointestinales transitorios, no usar en antecedentes de cáncer medular de tiroides/NEM2, ni en gestantes). Un aspecto a considerar es que, aunque en 2023 la semaglutida 2,4 mg obtuvo aprobación europea, su comercialización en España se ha iniciado en mayo 2025.

Tirzepatida

Un fármaco novedoso, agonista dual de los receptores GLP-1 y GIP, aprobado para obesidad por la EMA en 2023 y comercializado en España en julio 2024 (Figura 4).

- **Dosis:** hasta 15 mg subcutáneo semanal, aunque en España la dosis máxima actual disponible es de 10 mg. En el estudio SURMOUNT-1 logró pérdidas de peso sin precedentes (aproximadamente 20% más que placebo) a 72 semanas; de hecho, nueve de cada diez pacientes alcanzaron ≥ 10 % de pérdida y casi el 80 % bajó al menos un 15 % de su peso. También mostró remisión de prediabetes en el 95 % de casos.
- **Efectos adversos:** similares a los de GLP-1 (náuseas, diarrea principalmente).

Todos estos fármacos deben usarse bajo prescripción médica y con adecuado seguimiento. El rol del farmacéutico comunitario es, entre otros, asegurar su uso correcto (p. ej., técnica de inyección adecuada para análogos GLP-1; adherencia a las tomas de orlistat junto con comidas; manejo de los efectos secundarios iniciales; gestionar la conservación adecuada (las incretinas requieren nevera antes de abrirse); vigilar interacciones (p. ej., orlistat disminuye la absorción de levotiroxina, se deben separar al menos 4 horas); orientar sobre opciones de ahorro (genéricos en el caso de orlistat), así como comprobar que el paciente entiende que no reemplazan a los cambios de estilo de vida, sino que los complementan. También cabe recordar que no se deben recomendar productos o fármacos que no hayan demostrado evidencia científica para la pérdida de peso (p.ej., suplementos de efedrina, diuréticos “naturales”, etc., que carecen de eficacia demostrada y pueden ser peligrosos). Lamentablemente, un gran obstáculo en España es la falta de financiación pública de estos tratamientos antiobesidad, lo que implica un coste elevado para el paciente. La Guía GIRO aboga por subsanar esta inequidad.



*Según su ficha técnica, liraglutida debe aumentarse hasta 3,0 mg (dosis de mantenimiento) o hasta alcanzar la dosis máxima tolerada; semaglutida debe aumentarse hasta 2,4 mg (dosis de mantenimiento) o hasta alcanzar la dosis máxima tolerada; y las dosis de mantenimiento recomendadas de tirzepatida son 5 mg, 10 mg y 15 mg (en España, la dosis de 15 mg no está disponible). 1. Wilding JPH et al. N Engl J Med. 2021; 384: 989-1002. 2. Jastreboff AM et al. N Engl J Med. 2022; 387: 205-16. 3. Lincoff AM et al. N Engl J Med. 2023; 389: 2221-32. 4. Kosiborod MN et al. N Engl J Med. 2023; 389: 1069-84. 5. Bliddal H et al. N Engl J Med. 2024; 391: 1573-83. 6. McGowan BM et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2024;12:631-42. 7. Malhotra A et al. N Engl J Med. 2024 June 1[Epub ahead of print]. 8. Davies M et al. 2021; 397: 971-84; 9. Garvey WT et al. Lancet. 2023; 402: 613-26. 10. Jamal M et al. Obes Surg. 2024; 34: 1324-32; 11. Miras AD et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2019; 7: 549-59; 12. Mok J, et al. JAMA Surg. 2023; 158:1003-11. AOS: apnea obstructiva del sueño; arGLP1: agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1; DIRA: agonistas duales del receptor de incretina; DMT2: diabetes mellitus tipo 2; ECV: enfermedad cardiovascular; HbA1c: hemoglobina A1c; ICPEp: insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada; preDMT2: prediabetes mellitus tipo 2. Figura de elaboración propia.

FIGURA 4: Tratamiento farmacológico basado en Incretinas

Fuente: Lecube A., et al. 2ª edición Guía Española GIRO: guía española del manejo integral y multidisciplinar de la obesidad en personas adultas, 2024. Disponible en: <https://www.seedo.es/index.php/guia-giro>. Último acceso: marzo 2025.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y ENDOSCÓPICO

Cuando las intervenciones anteriores no logran el control deseado de la obesidad, o en pacientes con obesidad mórbida y comorbilidades graves, se pueden considerar técnicas invasivas que modifiquen la anatomía o función gastrointestinal para inducir pérdidas ponderales sustanciales. Estas incluyen principalmente (Tabla 3) la cirugía bariátrica y, más recientemente, procedimientos endoscópicos menos invasivos.

Cirugía bariátrica

Es el tratamiento más efectivo para lograr pérdidas de peso mayores al 20-30 % y mantenerlas a largo plazo, además de la remisión o mejoría de muchas comorbilidades (DM, HTA, apnea del sueño, etc.).

En España, los procedimientos más realizados son la gastrectomía vertical (manga gástrica) y el bypass gástrico en Y de Roux, quedando el cruce duodenal o la derivación biliopancreática para casos selectos de obesidad extrema. A modo ilustrativo, con gastrectomía vertical se pierde en promedio un 25 % del peso total y con bypass el 30 % (incluso más en algunos casos). El bypass tiende a tener ligeramente mayores tasas de resolución de DM y mejores resultados a largo plazo, aunque con más riesgo de deficiencias nutricionales. Los riesgos quirúrgicos inmediatos son bajos (mortalidad < 0,1-0,5 %, complicaciones mayores 2-5,0 %), y menores que continuar con obesidad mórbida sin operar. Sin embargo, se trata de procedimientos irreversibles que requieren un seguimiento de por vida; los pacientes deben adherirse a suplementos vitamínicos, controles periódicos y mantener el estilo de vida sano para evitar recaídas. Los criterios clásicos para indicar cirugía bariátrica son IMC ≥ 40 kg/m² o ≥ 35 kg/m² con comorbilidades significativas, tras haber intentado sin éxito tratamientos conservadores.

Actualmente, las guías contemplan casos con IMC 30-35 kg/m² si tienen DM u otras enfermedades difíciles de controlar, evaluando riesgo-beneficio individual. El farmacéutico puede apoyar a pacientes poscirugía bariátrica en varios aspectos:

- asegurando que comprendan la importancia de la suplementación (p. ej., multivitamínicos, vitamina B₁₂, hierro, calcio + vitamina D, etc.),
- educando sobre la alimentación fraccionada y rica en proteínas que deben seguir,
- detectando signos de alarma (vómitos persistentes, deshidratación, hipoglucemias tardías) para derivación inmediata,
- fomentando la adherencia a las visitas de seguimiento del médico o del nutricionista.

	Gastrectomía vertical	Bypass gástrico en Y de Roux	Cruce duodenal
Pérdida de peso total (%)	25	30	40
Ratio de resolución de DMT2 (%)	30	40	80
Ratio de resolución de hipertensión (%)	30	40	60
Ratio de resolución del síndrome de la apnea del sueño (%)	40	50	70
Tasa de mortalidad (%)	0,01	0,01	0,02
Eventos adversos graves (%)	3	3	5
Eventos clínicos adversos comunes	Vómitos, estreñimiento	Síndrome de Dumping	Diarrea, incontinencia fecal
Riesgos a largo plazo	Reflujo gastroesofágico, esófago de Barrett, recuperación ponderal	Úlcera anastomótica, hernia interna, obstrucción del intestino delgado, litiasis biliar, recuperación ponderal	Malnutrición proteica, deficiencia de vitaminas, obstrucción del intestino delgado, hernia interna

DMT2: Diabetes *mellitus* tipo 2;

TABLA 3. Procedimientos quirúrgicos

Fuente: Lecube A., et al. 2ª edición Guía Española GIRO: guía española del manejo integral y multidisciplinar de la obesidad en personas adultas, 2024. Disponible en: <https://www.seedo.es/index.php/guia-giro>. Último acceso: marzo 2025.

Procedimientos endoscópicos

Son técnicas realizadas por vía endoscópica digestiva (sin incisiones quirúrgicas) que buscan reducir la capacidad gástrica o la absorción, generalmente de forma temporal. Entre las más conocidas están el balón intragástrico (colocación de un balón en el estómago que ocupa volumen y produce saciedad) y la gastroplastia endoscópica (suturas internas que pliegan el estómago). También se investiga la endoscopia bariátrica metabólica (dispositivos en intestino para alterar absorción).

Estas técnicas son menos invasivas y más seguras que la cirugía (menor tasa de complicaciones serias), y pueden ser reversibles, aunque logran menor pérdida de peso total y con efecto transitorio, es decir, solo mientras el dispositivo está colocado. Por ejemplo, un balón gástrico se deja 6 meses obteniendo quizás 10-15 kg de pérdida; pasado ese tiempo, sin cambios de hábitos, es frecuente volver a ganar peso. GIRO indica que la endoscopia bariátrica puede considerarse en tres escenarios:

1. personas con obesidad leve-moderada (IMC 30-39,9 kg/m²) en quienes el tratamiento convencional no alcanza objetivos o se estanca, como apoyo adicional;
2. personas con obesidad grave (IMC ≥ 40 kg/m²) que rechazan la cirugía o tienen contraindicación/alto riesgo quirúrgico;
3. personas con obesidad supermórbida (IMC ≥ 50 kg/m²) que necesitan bajar peso previo a

una cirugía bariátrica para reducir su riesgo operatorio.

En cualquiera de los casos, se enfatiza que se requieren más estudios de larga duración para certificar beneficios mantenidos. Además, igual que la farmacoterapia, la endoscopia bariátrica no está cubierta por la sanidad pública (salvo excepciones de en algunos centros), lo que limita su acceso.

El farmacéutico debe conocer estas opciones para informar correctamente a quien lo consulte. Por ejemplo, si un paciente refiere que le van a poner un balón gástrico, explicarle que deberá seguir dieta supervisada y apoyo psicológico para maximizar resultados y que el balón es un coadyuvante, no una solución definitiva por sí solo.

En cualquier caso, antes de someter a un paciente a tratamiento quirúrgico o endoscópico es obligatoria una evaluación integral por un equipo multidisciplinar. Este equipo (cirujano, endocrinólogo, nutricionista, psicólogo, anestesista, etc.) valorará riesgos-beneficios, preparará al paciente (dieta preoperatoria, educación) y asegurará que comprenda los cambios de estilo de vida imprescindibles tras la intervención. El farmacéutico, aunque no interviene directamente en ese proceso, puede ayudar respondiendo dudas del paciente sobre medicación en el posoperatorio (p.ej., necesidad de triturar pastillas, si hay intolerancia oral temporal, evitar AINEs por riesgo de úlceras en operados de *bypass*, etc.) y coordinándose con el equipo en ajustes farmacoterapéuticos (p.ej., tras cirugía muchos pacientes reducen o suspenden antihipertensivos, antidiabéticos... conviene revisar su medicación habitual).

En suma, el abanico terapéutico de la obesidad va desde cambios en el estilo de vida hasta cirugías, pasando por fármacos y técnicas intermedias. Todos los pacientes deberían recibir consejo sobre medidas no farmacológicas (dietético y ejercicio físico), algunos requerirán además fármacos antiobesidad y una minoría serán candidatos a procedimientos invasivos. **El farmacéutico comunitario puede aportar valor en cada uno de esos puntos: animando y educando en los cambios de hábitos, garantizando el uso seguro y efectivo de los medicamentos y acompañando al paciente que se somete a tratamientos más agresivos. Este enfoque escalonado y personalizado aumenta la probabilidad de éxito en el control de la obesidad.**

Evaluación, control y seguimiento

Un aspecto fundamental en el manejo de la obesidad es el seguimiento longitudinal del paciente. La obesidad, al ser una patología crónica, es decir, de curso prolongado, requiere un plan de evaluación y control continuos, adaptando las estrategias según la evolución. Muchos pacientes experimentan fluctuaciones en el peso, por lo que mantener un contacto regular permite detectar recaídas a tiempo y reforzar las intervenciones. El farmacéutico comunitario, por la frecuencia con la que puede ver al paciente, juega un rol importante en el seguimiento del tratamiento, complementando las visitas médicas más espaciadas.

La Guía GIRO recomienda que el seguimiento multidisciplinar de la persona que vive con obesidad se extienda a medio y largo plazo, implicando al propio paciente en su autocuidado. En la práctica, tras la fase inicial intensiva (p.ej., visitas mensuales los primeros 3-6 meses), se aconseja programar revisiones periódicas (trimestrales, semestrales) de por vida, ya sea en Atención Primaria o en la Unidad Especializada de Obesidad, según el caso.

El farmacéutico puede, entre consultas médicas, ofrecer controles intermedios: p.ej., invitar al paciente a pasarse por la farmacia para monitorizar el peso, IMC y perímetro de cintura cada mes. Estos datos pueden registrarse en la historia farmacéutica o en un carnet del paciente, y compartirse con el médico/nutricionista. Incluso si hay períodos en que el paciente no adelgaza, el seguimiento transmite la importancia de no abandonar y retomar el plan.

En cada contacto de seguimiento se deben revisar los objetivos y abordar dificultades. Si el paciente está perdiendo peso efectivamente, se le refuerza positivamente y se ajustan las metas (p.ej., pasar de perder peso a mantener peso alcanzado). Si por el contrario se observa estancamiento o ganancia, se investiga la causa: ¿ha relajado la dieta?, ¿ha habido eventos estresantes?, ¿tiene algún efecto secundario de algún medicamento nuevo?, ¿tiene problemas para ser adherente a su tratamiento?... En función de ello, se podrán adoptar diferentes acciones: reforzar la educación, modificar el plan nutricional (a veces introducir variedad alimentaria o romper meseta con estrategia diferente), intensificar la actividad física, o considerar la adición/cambio de farmacoterapia, si aplica. El farmacéutico, en su revisión, puede hacer otras preguntas más específicas: “¿cómo te va con la merienda?, ¿has podido reducir las bebidas azucaradas?, ¿estás tomando la medicación a diario?, ¿notas mucha hambre por las noches?”, e intervenir acorde a las respuestas.

Una herramienta útil en seguimiento es el uso de la tecnología digital o móvil. Aplicaciones de conteo de pasos, de registro de comidas, básculas conectadas por Bluetooth, e incluso consultas telefónicas/vídeo pueden complementar la atención presencial. La Guía GIRO reconoce que estas tecnologías pueden mejorar la adherencia cuando se usan adecuadamente. Por ejemplo, un paciente podría compartir con el farmacéutico a través de una app su registro semanal de peso o de glucosa (si es diabético) para tenerlo en consideración e intervenir en consecuencia. También existen dispositivos *wearables* (pulseras de actividad) que monitorizan el ejercicio. El uso de la tecnología debe ser personalizado – no todos los pacientes se sienten cómodos con ella – pero puede ser parte de una estrategia integral de control del peso. El farmacéutico puede recomendar alguna app confiable de salud si el paciente muestra interés, aclarando que es un apoyo, no un sustituto de las visitas.

El control de comorbilidades asociadas es otro eje del seguimiento. A medida que el paciente pierde peso, es probable que su perfil metabólico mejore: reducción de glicemia y HbA1c, mejor control tensional, descenso de colesterol y triglicéridos, etc. Esto puede permitir ajustar a la baja medicamentos que tratan esas patologías (bajar dosis de antihipertensivos, antidiabéticos, etc.), siempre bajo supervisión médica. El farmacéutico debe estar atento a esos ajustes: p.ej., un diabético en dieta hipocalórica estricta que sigue utilizando igual dosis de insulina puede hacer hipoglucemias, por lo que se ha de coordinar con el médico para adaptar dosis. Asimismo, vigilar la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas (muchos pacientes al ver mejora pueden caer en la tentación de suspender medicación, lo cual debe evaluarse correctamente). El control de factores de riesgo (glucosa, presión arterial, lípidos...) idealmente se realiza en las consultas médicas con análisis de laboratorio y el farmacéutico puede ofrecer tomas capilares de glucosa o presión arterial en la farmacia para chequeos rápidos, integrándose en el plan.

Un punto crítico es la prevención de recaídas. La obesidad es una enfermedad recidivante: incluso después de exitosas pérdidas de peso, existe fisiológicamente una tendencia del cuerpo a recuperar peso (por mecanismos hormonales, neuroendocrinos y de adaptación metabólica). Por ello, más que una “cura”, el objetivo es mantener al paciente en remisión de su obesidad. Esto requiere un refuerzo permanente. Si un paciente que había perdido 15 kg regresa habiendo recuperado 5 kg, no se le debe reprimir sino ayudar a reconducir la situación antes de que recupere más. Algunas estrategias recomendadas: continuar con algún grado de restricción calórica ligera en mantenimiento, seguimiento frecuente el primer año de mantenimiento, considerar fármacos a largo plazo en quien los tolere bien para contrarrestar la recuperación ponderal, y sobre todo inculcar cambios de hábitos duraderos (si el paciente vuelve a los hábitos previos, es casi seguro que el peso volverá). El farmacéutico puede compartir con el paciente estos conceptos, de manera que entienda que la obesidad requiere “controlarse” de por vida similar a hipertensión o diabetes, con altos y bajos, pero con vigilancia constante.

En resumen, el seguimiento ideal de la persona que vive con con obesidad es proactivo, regular y multifactorial. El farmacéutico comunitario, por su accesibilidad, puede servir de soporte cercano y continuo, realizando mediciones periódicas, reforzando la motivación, detectando problemas de adherencia o efectos adversos, siguiendo el tratamiento del paciente y sirviendo de enlace comunicativo con el médico o nutricionista. Este acompañamiento aumenta las probabilidades de éxito a largo plazo, ayudando a que la pérdida de peso conseguida se traduzca en beneficios sostenidos para la salud.

Situaciones especiales: infancia, embarazo, menopausia, personas mayores

El abordaje de la obesidad debe considerar las circunstancias particulares de ciertos grupos de población, en los cuales las recomendaciones generales requieren adaptaciones. La Guía GIRO dedica un bloque específico a poblaciones especiales, reconociendo que la obesidad en un niño no se maneja igual que en un adulto, o que en embarazo se deben extremar precauciones. El farmacéutico comunitario debe conocer estos matices para facilitar un consejo adecuado según la situación del paciente.

- **Obesidad infantil y adolescente:** la obesidad en niños y jóvenes es especialmente preocupante, ya que puede persistir en la vida adulta y conllevar complicaciones tempranas (prediabetes, hipertensión juvenil, problemas ortopédicos, *bullying* y repercusiones psicológicas). El tratamiento en este grupo se enfoca principalmente en cambios de estilo de vida en el entorno familiar más que en fármacos (los medicamentos antiobesidad están aprobados solo en mayores de 12-16 años en algunos casos y con criterios muy específicos). El farmacéutico puede ayudar a implicar a los padres o cuidadores, educarlos en una alimentación saludable para toda la familia (no estigmatizar al niño con “dieta especial” sino mejorar la dieta del hogar), promover actividad física lúdica (limitar tiempo de pantallas, fomentar deportes o juegos activos) y vigilar hábitos como el sueño adecuado. Se debe ser cuidadoso con el lenguaje para no dañar la autoestima del menor, el énfasis debe ponerse en la salud y la energía, no en el peso o la apariencia. En niños en crecimiento, a veces el objetivo no es tanto perder peso sino mantenerlo mientras crecen en altura, logrando así reducir su IMC. El farmacéutico puede recomendar consultar al pediatra ante signos de alarma (aumento muy rápido de peso, complicaciones como hígado graso detectado, etc.). También puede disuadir a los padres de buscar soluciones milagro no médicas (como suplementos no aprobados). Dado que uno de cada tres niños españoles tiene sobrepeso/obesidad, las farmacias, a través de campañas escolares o comunitarias, pueden ayudar a concienciar sobre nutrición sana desde la infancia, prevención crucial para revertir la tendencia actual.
- **Obesidad y embarazo:** el embarazo es una etapa crítica en la que la obesidad materna conlleva riesgos para la madre y el feto. Las mujeres que viven con obesidad tienen mayor probabilidad de diabetes gestacional, hipertensión gestacional y preeclampsia, complicaciones en el parto (parto instrumental o cesárea, hemorragias), así como mayor riesgo de malformaciones fetales y macrosomía (bebés grandes). Además, la obesidad puede dificultar la concepción e implica menor éxito en técnicas de reproducción asistida. Por todo ello, las guías recomiendan a las mujeres con obesidad que planifiquen su embarazo tratando de bajar de peso antes de concebir, para reducir riesgos. Una pérdida de peso pregestacional modesta puede mejorar la fertilidad y los resultados perinatales. Durante el embarazo, no se busca perder peso activamente (no se hacen dietas hipocalóricas estrictas), pero sí controlar la ganancia ponderal. En una gestante obesa suele aconsejarse ganancia cero o incluso ligeramente negativa si es obesidad severa, siempre bajo control obstétrico. El farmacéutico puede reforzar y apoyar con consejos dietéticos seguros a las mujeres embarazadas (nutrición equilibrada, suficiente proteína, suplementación de ácido fólico, yodo, etc.) y con la actividad física apropiada (ejercicio moderado recomendado, como caminar, yoga prenatal, natación suave, salvo contraindicación médica). También vigilar la adherencia a los suplementos clave (ácido fólico antes y durante el primer trimestre, hierro si se pauta, etc.) ya que con obesidad hay más déficit de micronutrientes y evitar el uso de medicamentos antiobesidad en el embarazo, porque están contraindi-

cados. Si una mujer se queda embarazada mientras los toma, debe suspender el tratamiento de inmediato y contactar con el médico. El rol del farmacéutico también es tranquilizar e informar ya que muchas embarazadas con sobrepeso temen ganar peso; explicar que algo de ganancia es normal y necesario para el bebé, pero que se controlará. Tras el parto, es importante ofrecer apoyo para perder el peso retenido (en el posparto la lactancia materna ayuda en la pérdida de peso y debe promoverse, salvo impedimentos).

Periodo reproductivo	Situación relacionada con el peso	Consecuencias clínicas
Preconcepción	Obesidad previa al embarazo	<ul style="list-style-type: none"> ↑ Esterilidad ↑ Diabetes gestacional ↑ Trastornos de hipertensión en el embarazo (hipertensión gestacional y preeclampsia) ↑ Tromboembolismo venoso materno ↑ Depresión posparto ↑ Aborto espontáneo ↑ Parto por cesárea ↑ Malformaciones congénitas ↑ Asfisia del recién nacido ↑ Macrosomía para la edad gestacional
Embarazo	Exceso de peso ganado durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> ↑ Diabetes gestacional ↑ Trastornos de hipertensión en el embarazo (hipertensión gestacional y preeclampsia) ↑ Parto por cesárea ↑ Parto prematuro (indicado médicamente) ↑ Macrosomía ↑ Hiperinsulinemia del recién nacido ↑ Hipoglucemia, hipomagnesemia e hipocalcemia del recién nacido ↑ Retención de peso posparto
Posparto	Obesidad previa al embarazo	↑ Retención de peso tras el parto
	Obesidad durante el embarazo	↑ Obesidad a los 9 meses posparto
	Retención de peso tras el parto	<ul style="list-style-type: none"> ↑ Diabetes gestacional en futuros embarazos Trastornos hipertensivos en embarazos futuros
	Reducción del IMC de 2 kg/m ²	↓ Diabetes gestacional en futuros embarazos

TABLA 4. Impacto de la obesidad en preconcepcional, prenatal y posparto

Fuente: Adaptado de Lecube A., et al. 2ª edición *Guía Española GIRO: guía española del manejo integral y multidisciplinar de la obesidad en personas adultas*, 2024. Disponible en: <https://www.seedo.es/index.php/guia-giro>. Último acceso: marzo 2025.

- **Obesidad y menopausia:** la transición menopáusica suele acompañarse de cambios en la distribución de la grasa corporal, con aumento de grasa abdominal por la disminución de estrógenos. Muchas mujeres en menopausia refieren ganancia de peso incluso sin cambiar su dieta, como consecuencia de cambios metabólicos y de la reducción de actividad. La obesidad en la mujer posmenopáusica incrementa el riesgo cardiovascular de forma notable (la grasa visceral adquirida eleva riesgo de síndrome metabólico). El manejo pasa por insistir en dieta saludable y ejercicio adaptado a esa etapa (incluyendo entrenamiento de fuerza para contrarrestar la pérdida de masa muscular y ósea). La terapia hormonal sustitutiva de menopausia no debe usarse con el objetivo de perder peso o prevenir obesidad visceral, podría tener otros beneficios, pero no se indica específicamente para perder peso. En esta población, puede valorarse farmacoterapia antiobesidad si hay indicación, teniendo en cuenta comorbilidades frecuentes (p.ej., riesgo cardiovascular, mayor prevalencia de artrosis). El farmacéutico puede además advertir sobre productos “para menopausia” que prometen control de peso, que suelen carecer de evidencia científica. Por otro lado, la menopausia es momento de chequeos de salud importantes (glucemia, perfil lipídico, densitometría ósea), conviene que las mujeres con obesidad no descuiden esos controles, y el farmacéutico puede recordarlos.
- **Obesidad en personas mayores (ancianos):** en los adultos mayores, la presencia simultánea de obesidad y sarcopenia (baja masa muscular) es un gran reto. Debe buscarse un equilibrio entre reducir el exceso de grasa, pero sin agravar la pérdida muscular propia de la edad. GIRO recomienda prestar especial atención a diagnosticar y tratar la obesidad sarcopénica en el anciano, evaluando su fuerza muscular (prueba de agarre, velocidad de marcha) y composición corporal. El objetivo primario en un anciano frágil quizá no sea tanto una pérdida de peso importante, sino conservar la masa magra y mejorar la funcionalidad. Las estrategias incluyen una dieta rica en proteínas de alta calidad, moderada en calorías, suplementación de vitamina D si hay deficiencia, y sobre todo ejercicio adaptado de resistencia o fuerza (p.ej., ejercicios con bandas elásticas, levantamiento de peso ligero supervisado). Esto ayuda a atenuar la sarcopenia, reducir la inflamación y mantener el metabolismo basal. Si se usan fármacos antiobesidad en mayores, hay que hacerlo con precaución y vigilando tolerancia, ya que suelen ser polimedcados y con mayor sensibilidad a efectos adversos. En algunos ancianos con obesidad leve puede priorizarse el evitar que ganen más peso y promover hábitos saludables, que inducir pérdida activa que pudiera desestabilizarlos nutricionalmente. Cada caso debe individualizarse. El farmacéutico puede colaborar detectando desnutrición encubierta (a veces un anciano obeso está malnutrido en micronutrientes o tiene ingestas inadecuadas) – p.ej., mediante preguntas sobre su dieta diaria, estado dental, capacidad para comprar/preparar alimentos – y derivar al médico si sospecha malnutrición o fragilidad. De hecho, GIRO sugiere hacer cribado de malnutrición en personas con obesidad, con COVID-19 o ancianos con comorbilidades, puesto que la pérdida de masa muscular durante enfermedades agudas puede empeorar el pronóstico.

En conclusión, estos escenarios especiales requieren ajustar el manejo: con niños, enfocarse en familia y prevención; en embarazadas, evitar ganancia excesiva y proteger al feto; en menopausia, combatir la grasa visceral con estilo de vida; y en mayores, priorizar funcionalidad y nutrición adecuada.

El farmacéutico comunitario ha de adaptar su consejo y estar atento a las necesidades particulares de cada uno, actuando como un recurso accesible para resolver dudas (p.ej., madres preocupadas por peso de su hijo, embarazadas que preguntan qué comer, mujeres en menopausia buscando ayuda, o mayores polimedicados con riesgo de interacciones). Con conocimiento y empatía, puede guiar a estos pacientes especiales por el camino más seguro y efectivo para controlar su peso sin comprometer su salud global.

Herramientas clínicas y estrategias educativas en la Farmacia Comunitaria

Para que la Farmacia Comunitaria desempeñe un rol clave en la prevención y manejo de la obesidad, resulta útil implementar ciertas herramientas clínicas y estrategias educativas en su quehacer diario. Estas permiten estandarizar la atención, mejorar la identificación de casos y proporcionar intervenciones de calidad basadas en la evidencia:

- **Protocolos de cribado y consejo breve.** La farmacia puede establecer un protocolo para ofrecer mediciones de IMC y perímetro de cintura a las personas que lo deseen o pertenezcan a grupos de riesgo (p.ej., polimedicados con patologías crónicas, o personas que mencionan problemas de peso). Con consentimiento para el registro de la información, el farmacéutico puede calcular el IMC y clasificar (normopeso, sobrepeso, obesidad grado I/II/III) e informarle de forma confidencial. En caso de sobrepeso/obesidad, puede prestar un consejo breve estructurado: en pocos minutos, aplicar las 5A's (Ask, Assess, Advise, Agree, Assist). Esto implica, preguntar respetuosamente si desea hablar sobre su peso, evaluar rápidamente hábitos y posibles comorbilidades, aconsejar sobre beneficios de perder peso (aunque sea un 5-10,0 %), acordar si procede algún objetivo inicial sencillo (p. ej., derivación a médico o un pequeño cambio de hábito) y/o facilitar folletos informativos, colaboración en las visitas de seguimiento farmacoterapéutico, en el seguimiento en próximas visitas al médico, etc. Este tipo de intervención breve, realizada oportunamente, puede ser el punto de partida para que la persona tome conciencia y busque un cambio.
- **Material educativo adaptado:** contar con infografías, folletos, carteles o guías visuales sobre alimentación equilibrada, lectura de etiquetas, ideas de actividad física, etc., específicamente diseñados para población general. En campañas como en la que estamos "Obesidad: más que una cifra", además de esta Guía se facilita la infografía titulada ¿Qué debo saber sobre la obesidad? consensuada con la asociación de pacientes que viven con obesidad (ANPO). El farmacéutico debe usarlos como apoyo en la comunicación verbal. P.ej., enseñar el póster de porciones recomendadas en el plato (Figura 5 método del plato saludable), o entregar una lista de la compra saludable ([Ver herramientas prácticas – consejos del farmacéutico](#)). También se pueden desarrollar talleres breves en la farmacia sobre temas prácticos, p.ej., sobre cómo cocinar de forma sana, cómo elegir tentempiés bajos en calorías, etc. Estas acciones posicionan a la farmacia como espacio educativo en salud comunitaria.



EL PLATO PARA COMER SALUDABLE

Use aceites saludables (como aceite de oliva) para cocinar, en ensaladas y en la mesa. Limite la margarina (mantequilla). Evite las grasas trans.



Aceites saludables

Mientras más vegetales y mayor variedad, mejor. Las patatas y las patatas fritas no cuentan.

Vegetales



Agua



Tome agua, té o café (con poco o nada de azúcar). Limite la leche y lácteos (1-2 porciones al día) y el zumo (1 vaso pequeño al día). Evite las bebidas azucaradas.

Coma una variedad de granos (cereales) integrales (como pan de trigo integral, pasta de granos integrales y arroz integral). Limite los granos refinados (como arroz blanco y pan blanco).

Granos integrales



Coma muchas frutas, de todos los colores.

Frutas



Proteína saludable



Escoja pescados, aves, legumbres y nueces; limite las carnes rojas y el queso; evite el tocino ("bacon"), carnes frías (fiambres) y otras carnes procesadas.

¡MANTÉNGASE ACTIVO!

©Harvard University



Harvard T.H. Chan School of Public Health
The Nutrition Source
www.hsph.harvard.edu/nutritionsource

Harvard Medical School
Harvard Health Publications
www.health.harvard.edu



FIGURA 5. Plato de Harvard. Fuente: Adaptado de la Escuela de Salud Pública de Harvard. Disponible en: <https://nutritionsource.hsph.harvard.edu/healthy-eating-plate/translations/spanish/> Último acceso: marzo 2025.

- **Herramientas de seguimiento en farmacia:** crear un registro o ficha de la persona que vive con sobrepeso/obesidad y que es atendido en la farmacia. Como se ha comentado, el farmacéutico registrará las medidas antropométricas iniciales, el plan acordado, las fechas de visitas de seguimiento y los resultados del control realizado en cada visita (peso, cintura, etc.). Todo ello profesionaliza la intervención y permite evaluar progreso. Algunas farmacias integran este registro en sus sistemas informáticos o en aplicaciones vinculadas al historial farmacoterapéutico del paciente. Incluso, con autorización, se puede compartir un resumen de estos datos con el médico de Atención Primaria, mejorando la coordinación. Otra herramienta son los recordatorios: la farmacia puede pactar con el paciente llamarle o enviarle un mensaje pasados X meses para invitarlo a revisión de peso, incrementando la adherencia al seguimiento.
- **Formación del farmacéutico y equipo:** para desempeñar bien este rol, el farmacéutico debe actualizar sus conocimientos y formarse en obesidad. Participar en cursos sobre el abordaje del paciente obeso, en la realización de entrevista motivacional, en nutrición básica, etc., idealmente procedentes de sociedades científicas (como SEEDO) o de la Organización Farmacéutica Colegial, entre otros. Esta capacitación continua asegura que la información facilitada al paciente esté actualizada y sea científicamente correcta. La Guía GIRO, p.ej., ofrece un documento extenso con 131 recomendaciones; no se espera memorizarlas, pero sí manejar las más relevantes. También es útil entrenar al equipo de la farmacia en trato empático y en saber derivar al farmacéutico aquellas consultas relacionadas con control de peso.

- **Uso de calculadoras y escalas:** además del IMC, el farmacéutico puede apoyarse en calculadoras de riesgo y escalas validadas. Por ejemplo, la calculadora de riesgo de DM tipo 2 (Findrisc) donde el peso es un componente; o escalas de apnea (STOP-Bang: en la que la circunferencia de cuello > 43 cm es un ítem). Si un paciente con obesidad acumula puntajes altos en estas escalas, es un argumento extra para motivar a actuar y para recomendar evaluación médica (por posible apnea del sueño, etc.). También existen cuestionarios de calidad de vida específica de obesidad (IWQOL) que pueden usarse para que el paciente pueda reflexionar sobre cómo le afecta su peso en su actividad diaria, generando adherencia a las intervenciones.
- **Servicios adicionales:** algunas farmacias, dentro de sus Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA), implementan programas como “farmacia nutricional” o “pérdida de peso supervisada”, con seguimiento intensivo, dieta personalizada en colaboración con nutricionistas, etc. Si bien esto depende de la capacitación y recursos, es una línea interesante. En cualquier caso, es importante siempre ceñirse a intervenciones basadas en evidencia. P.ej., si la farmacia dispone de productos nutricionales (sustitutivos de comida, batidos proteicos, etc.) deben recomendarse con criterio científico, integrados en un plan dietético equilibrado y explicando su uso temporal; nunca como única solución.
- **Colaboración local interprofesional:** estrechar la colaboración con centros de salud y especialistas. P.ej., invitar a un nutricionista o un médico a dar una charla en la farmacia (o viceversa, el farmacéutico acudir a actividades del centro de salud). También establecer canales de comunicación/derivación rápidos y acordar con el médico que el paciente derivado llevará un informe de la farmacia con sus datos iniciales. Esta sinergia mejora la efectividad del proceso asistencial.

En definitiva, la farmacia puede dotarse de herramientas clínicas sencillas (cinta métrica, báscula precisa, bioimpedancia si es posible, formularios de registro) y desplegar estrategias educativas (consejos personalizados, materiales divulgativos, talleres) para hacer frente a la obesidad en su comunidad. Al hacerlo, se consolida como un establecimiento sanitario activo en la promoción de la salud, más allá de la dispensación de medicamentos. La accesibilidad de la farmacia – sin cita previa, en horarios amplios – la hace un lugar idóneo para que muchas personas reciban orientación sobre su peso que tal vez no han buscado en la consulta médica por vergüenza o falta de tiempo. Cada interacción es una oportunidad para “sembrar la semilla” del cambio hacia hábitos más saludables.

Resumen de aspectos clave

La obesidad es mucho más que un número en la báscula, se trata de una enfermedad crónica compleja que afecta profundamente la salud física, mental y la calidad de vida de quienes la padecen. Su abordaje exitoso requiere empatía, conocimiento científico actualizado y la participación de un equipo multidisciplinar en el que la farmacia comunitaria se integra como un pilar fundamental.

Mensajes clave para el farmacéutico comunitario:

- › **Reconocer la obesidad como enfermedad crónica:** abandonar visiones simplistas o moralistas. Entender la obesidad como resultado de múltiples factores (genéticos, metabólicos, ambientales, conductuales) permite un trato más justo y efectivo con el paciente, libre de estigma. El farmacéutico debe contribuir a desterrar mitos (p.ej., “la obesidad es solo comer de más”) y promover el respeto y la dignidad hacia las personas que viven con obesidad.
- › **Magnitud del problema en España:** ser consciente de las altas prevalencias (aproximadamente el 20,0 % de adultos con obesidad, y en aumento) y sus implicaciones sanitarias. Cada farmacia, en su entorno, probablemente atiende a cientos de personas con sobrepeso u obesidad, por lo tanto, abordar este tema es abordar uno de los principales problemas de salud pública actuales. Detectar a tiempo el exceso de peso, antes de que el paciente desarrolle complicaciones severas, es una forma de prevención secundaria de enorme impacto.
- › **Importancia del rol proactivo del farmacéutico:** desde la detección precoz (ofreciendo medir IMC y cintura) hasta el asesoramiento en cambios de estilo de vida, el farmacéutico tiene oportunidades únicas de intervenir. Su consejo cercano y frecuente complementa la labor médica y puede mejorar la adherencia del paciente. Además, en muchos lugares la farmacia es el primer contacto del paciente con el sistema sanitario, aprovechar ese contacto para educar sobre obesidad puede marcar la diferencia.
- › **Aplicar un enfoque estructurado y basado en Guía:** La Guía GIRO 2024 ofrece una hoja de ruta actualizada con recomendaciones concretas. El farmacéutico puede familiarizarse con ellas, especialmente en áreas como la evaluación inicial (IMC + cintura, uso del EOSS para valorar riesgo, etc.), el tratamiento escalonado (priorizar dieta y ejercicio, saber cuándo sugieren fármacos o derivaciones) y las situaciones especiales. Apoyar las intervenciones en las recomendaciones de las guías de práctica clínica, genera evidencia científica y aumenta la confianza del paciente en la información y consejo facilitado por el farmacéutico.

- › **Coordinarse con el resto del sistema sanitario:** no actuar de forma aislada. Cuando un caso lo requiera, derivar al paciente con adecuada comunicación, y tras la derivación, seguir implicado en el seguimiento del tratamiento. Formar parte de las redes o programas locales de abordaje de la obesidad (si existen). Un paciente con obesidad bien gestionado suele requerir múltiples profesionales (médico, enfermera, nutricionista, psicólogo, farmacéutico); el trabajo colaborativo y las derivaciones apropiadas garantizan que reciba la atención integral que necesita en cada momento.
- › **Mantener la constancia en el seguimiento a largo plazo:** transmitir al paciente que el control de la obesidad es un camino a largo plazo. Evitar soluciones rápidas milagrosas y más bien acompañarlo en un proceso de cambio gradual de hábitos, con altibajos. Celebrar las victorias (peso perdido, mejoras en salud) e insistir en no rendirse ante retrocesos. La farmacia, con su puerta siempre abierta, puede brindar ese apoyo continuo que refuerza la motivación del paciente.
- › **Educar con el ejemplo y los recursos adecuados:** predicar hábitos saludables en la propia farmacia (p.ej., campañas internas de promoción del ejercicio entre el personal, ofrecer opciones de tentempiés saludables en charlas, etc.) le da coherencia al mensaje. Utilizar herramientas como las mencionadas (infografías, apps, medidores) facilita la comunicación del mensaje de salud.

En conclusión, la lucha contra la obesidad demanda un cambio de paradigma donde todos los actores sanitarios, incluido el farmacéutico comunitario, asuman un papel activo. La obesidad no se resolverá solo en la consulta médica, se necesita actuar en la comunidad, en el día a día de las personas. La farmacia es un espacio sanitario de confianza en el barrio, ideal para promover ese cambio de hábitos más allá de la prescripción. Al adherirse a las recomendaciones de la Guía GIRO (1) y al conocimiento científico actual (Obesity Facts 2025-3-, etc.), el farmacéutico puede brindar una atención de calidad, útil, aplicable y realista, centrada en la persona que vive con obesidad.

En definitiva: la obesidad es más que una cifra y su abordaje es más que una dieta, requiere acompañamiento, educación y compromiso continuo. En este esfuerzo, la Farmacia Comunitaria de España tiene un rol insustituible en la prevención y manejo de la obesidad, ayudando a devolver la salud y calidad de vida a las personas que viven con esta enfermedad.

Bibliografía

1. Lecube A, et al. *Guía Española GIRO: guía española del manejo integral y multidisciplinar de la obesidad en personas adultas*. SEEDO, 2ª ed. 2024.

2. Aune D, Schlesinger S, Norat T, Riboli E. *Body mass index, abdominal fatness, and the risk of sudden cardiac death: a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies*. *Eur J Epidemiol*. 2018 Aug;33(8):711-722. doi: 10.1007/s10654-017-0353-9.

3. Lecube A, et al. *"The Spanish GIRO guideline: a paradigm shift in the management of obesity in adults."* *Obesity Facts*. 2025; 18(2 Suppl): 1-12. doi: 10.1159/000544880.

El farmacéutico como informador y educador en el uso correcto, seguro y efectivo de los medicamentos

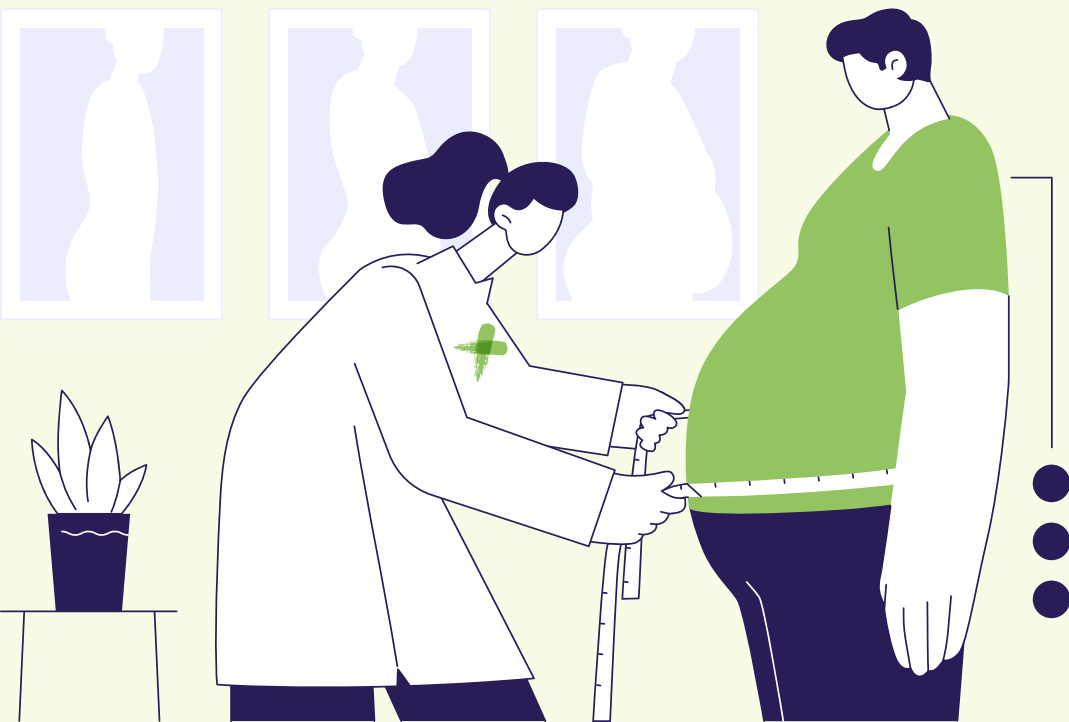
En este apartado vamos a mostrar y recordar la información básica que es necesaria considerar, a modo de ejemplos y de forma general, para llevar a cabo una actuación profesional de acuerdo con los procedimientos consensuados por Foro AF FC (1) para los Servicios de Dispensación y de Educación sanitaria en situaciones que se presentan a diario en la farmacia comunitaria como, p.ej., son:



Mujer madura, que acude a la farmacia solicitando la prescripción de un tratamiento para la obesidad y el control de sus enfermedades crónicas.



Hombre joven, que acude a la farmacia solicitando la prescripción de un tratamiento para la obesidad.



Servicio de Dispensación de medicamentos para las personas que viven con Obesidad: qué saber

Es el Servicio Profesional Farmacéutico Asistencial (SPFA) encaminado a garantizar que los destinatarios de los medicamentos y productos sanitarios, tras una evaluación individual, **reciban y utilicen** los medicamentos de **forma adecuada** a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el **periodo de tiempo adecuado**, con la información para su **correcto proceso de uso** y de acuerdo con la normativa vigente (1).

Para poder garantizar la accesibilidad y el uso racional de los medicamentos en el Servicio de Dispensación (Figura 6), consideraremos cualquier información relacionada con el destinatario de los medicamentos, en adelante paciente, y los medicamentos que utiliza, con y sin prescripción médica.

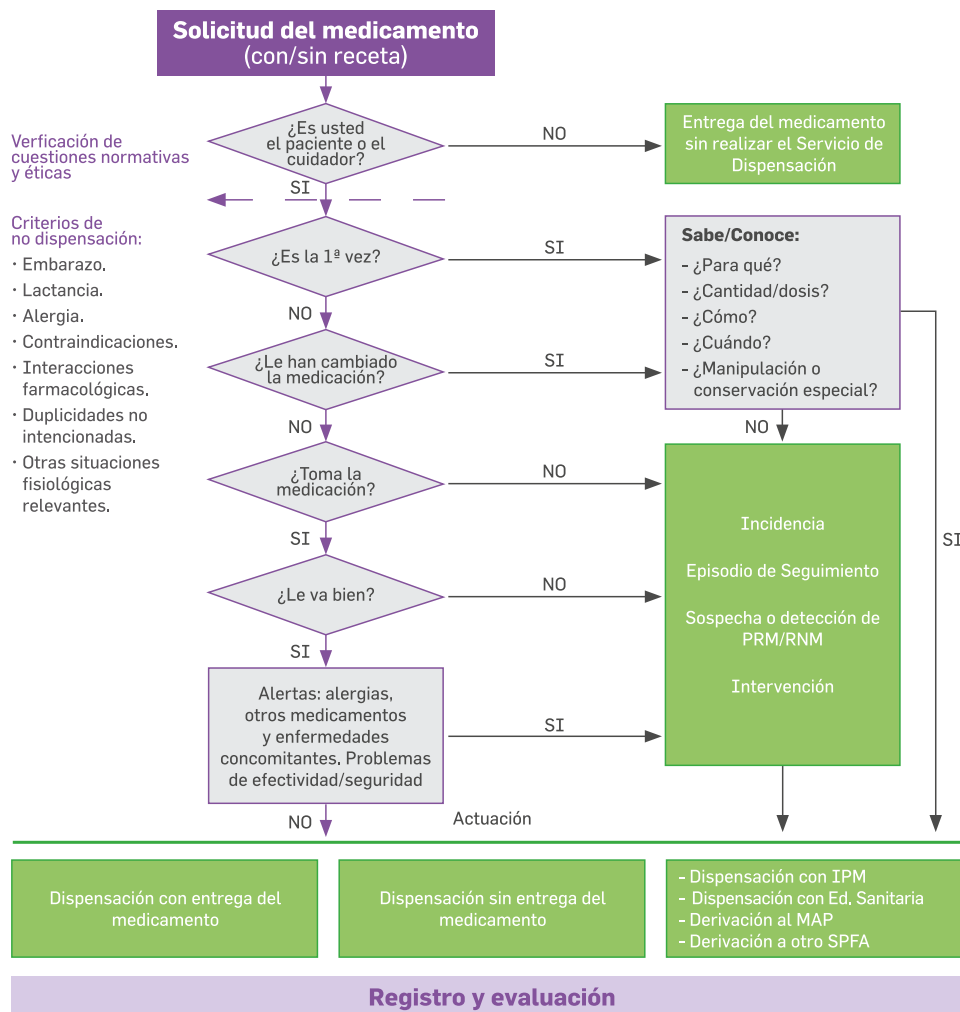


Figura 6. Diagrama del procedimiento del Servicio de Dispensación de medicamentos y productos sanitarios

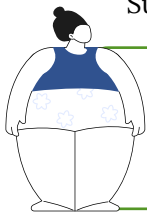
Ante la solicitud de un medicamento, es fundamental verificar si el solicitante es el paciente, un cuidador o un tercero, así como su capacidad para utilizar el medicamento de manera efectiva y segura. Se debe confirmar la adecuación del fármaco y su cumplimiento con la normativa vigente antes de proceder con la entrega, proporcionando la información necesaria para su correcto uso.

El proceso en el mostrador de la farmacia se basa en una breve entrevista, donde se colecta la información clínica necesaria para identificar posibles incidencias sanitarias que impidan la dispensación del medicamento. Los cinco pasos del procedimiento son:

- a. Obtención de información sobre el paciente/cuidador y su farmacoterapia actual.
- b. Evaluación de la información recopilada.
- c. Intervención en caso de detectar incidencias.
- d. Actuación profesional adecuada.
- e. Registro del proceso del servicio prestado.

Partimos de dos casos:

Supongamos que un paciente acude a la farmacia solicitando:



1. La dispensación de una prescripción con el siguiente principio activo: **semaglutida**
2. La dispensación de una prescripción con el siguiente principio activo: **tirzepatida**

Vamos a ir paso a paso con información fundamental:

a) Obtendremos información del paciente/cuidador y su farmacoterapia

- » Verificaremos requisitos sanitarios, éticos y normativos de la receta.
No hay problemas
- » Identificaremos para quién es (destinatario).
Es para la misma persona que nos lo está pidiendo
- » Verificaremos criterios que puedan impedir la dispensación (Tabla 5)

	CONTRAINDICACIÓN / PRECAUCIÓN	ALERGIAS/ INTOLERANCIAS	EMBARAZO/ LACTANCIA
SEMAGLUTIDA ▼	<ul style="list-style-type: none"> - Hipoglucemias, en combinación con metformina y/o tiazolidíndionas (2) - Insuficiencias renal terminal y necesidad de diálisis (4) - Insuficiencia hepática. - Enfermedad inflamatoria intestinal o [gastroparesia diabética. - Pancreatitis (3) - Retinopatía diabética - Insuficiencia cardiaca - Taquicardia. 	<p>Hipersensibilidad a semaglutida o a alguno de los demás componentes de este medicamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fosfato disódico dihidrato • propilenglicol • fenol • ácido clorhídrico/ hidróxido de sodio (para ajuste del pH) • agua para preparaciones inyectables. 	<p>No se dispone de estudios adecuados y bien controlados en humanos. No se recomienda su utilización.</p> <p>Se debe interrumpir el tratamiento con semaglutida en caso de que una paciente desee quedarse embarazada o si se produce un embarazo. Debido a la larga semivida de semaglutida, el tratamiento se debe interrumpir al menos 2 meses antes de un embarazo planeado.</p>
TIRZEPATIDA ▼	<ul style="list-style-type: none"> - Pancreatitis aguda (3) - Hipoglucemia en pacientes que reciben tirzepatida en combinación con un secretagogo de insulina (sulfonilurea) o insulina (5). - Efectos gastrointestinales: náuseas, vómitos y diarrea. - Retinopatía diabética. 	<p>Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos.</p> <p>Excipientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hidrógeno fosfato disódico pentahidratado (E339) • cloruro de sodio • hidróxido de sodio • ácido clorhídrico concentrado • agua para preparaciones inyectables. 	<p>No se recomienda su empleo durante el embarazo ni en mujeres en edad fértil que no estén usando métodos anticonceptivos efectivos.</p>

▼ Este medicamento esta sujeto a seguimiento adicional, es prioritaria la notificación de sospechas de reacciones adversas asociadas a este medicamento.

Tabla 5. Información básica sobre los criterios que pueden impedir la dispensación.

Fuente BOT PLUS. Disponible en: <https://botplusweb.farmaceuticos.com/>

Si no existen Incidencias que puedan impedir la Dispensación, procederemos de distinta forma si es la primera vez o si se trata de una prescripción de continuación. Este enfoque garantiza una dispensación segura y efectiva de los medicamentos.

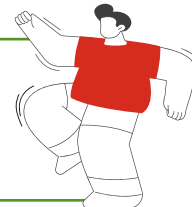
INICIO DE UN TRATAMIENTO: QUÉ SABER

SI es la primera vez que la persona con obesidad va a utilizar el medicamento prescrito, intentaremos obtener la información necesaria para verificar y evaluar si el paciente o su cuidador **conoce el correcto proceso de uso** del/os medicamento/s, con preguntas similares a las siguientes:

- ¿sabe para qué lo va a usar?
- ¿conoce la cantidad o dosis que ha de utilizar?
- ¿sabe durante cuánto tiempo lo va a usar?
- ¿sabe cómo lo tiene que usar (si existen condiciones especiales de empleo/ manipulación, conservación y eliminación)?

En el caso de una persona a la que han prescrito un tratamiento por primera vez es necesario conocer, para en caso contrario explicar, la indicación, qué dosis ha de utilizar, cómo debe usarlo, las condiciones de conservación y de eliminación (Tabla 6).

Consideremos que los casos propuestos son inicios de tratamiento por lo que necesitamos saber qué es lo que el paciente conoce y reforzar con la información personalizada del/os medicamento/s.



Información del medicamento en un tratamiento de inicio:

- Semaglutida (Wegovy®)
- Tirzepatide (Mounjaro®)

	¿Sabes para qué?	¿Sabes qué cantidad o dosis va a utilizar?	¿Sabes durante cuánto tiempo lo vas a utilizar?	¿Sabes cómo lo tienes que usar?
SEAGLUTIDA ▼	Indicado como complemento a una dieta baja en calorías y a un aumento de la actividad física para el control de peso, incluida la pérdida y el mantenimiento del peso.	<p>* Semana 1 a 4, dosis semanal de 0,25 mg</p> <p>* Semana 5 a 8, dosis semanal de 0,5 mg</p> <p>* Semana 9 a 12, dosis semanal de 1 mg</p> <p>* Semana 13 a 16, dosis semanal de 1,7 mg</p> <p>* Dosis de mantenimiento 2,4 mg.</p>	<p>El tratamiento comienza con una dosis inicial de 0,25 mg, que se incrementa cada 4 semanas hasta llegar a la dosis de mantenimiento.</p> <p>La dosis de mantenimiento de semaglutida es de 2,4 mg, administrada una vez por semana.</p> <p>Esta dosis se alcanza gradualmente a lo largo de un periodo de 16 semanas para minimizar los síntomas gastrointestinales.</p>	<p>Se administra por vía subcutánea una vez a la semana a cualquier hora del día, con o sin alimentos.</p> <p>El día de administración semanal se puede cambiar si es necesario, siempre que el tiempo entre dos dosis sucesivas sea de al menos 3 días (> 72 horas). Una vez seleccionado el nuevo día de administración, se debe proseguir con la pauta de dosificación de una vez a la semana.</p> <p>Al administrar la pluma precargada de un solo uso, la pluma se debe presionar firmemente contra la piel hasta que la barra amarilla se detenga. La inyección dura unos 5–10 segundos (Figura 8).</p>
TIRZEPATIDA ▼	Como complemento a una dieta baja en calorías y a un aumento de la actividad física para el control del peso, incluida la pérdida y el mantenimiento del peso, en adultos con IMC > 30 kg/m ² o sobrepeso (≥ 27 kg/m ²) en presencia de al menos una comorbilidad.	La dosis inicial es de 2,5 mg de tirzepatida una vez por semana. Después de 4 semanas, se debe aumentar la dosis a 5 mg una vez a la semana. Si es necesario, se puede aumentar la dosis en incrementos de 2,5 mg después de un mínimo de 4 semanas con la dosis actual.	<p>Las dosis de mantenimiento recomendadas son 5 mg, 10 mg y 15 mg.</p> <p>La dosis máxima es 15 mg una vez a la semana.</p>	<p>Tirzepatida se inyecta por vía subcutánea en el abdomen, muslo o parte superior del brazo.</p> <p>La dosis puede ser administrada en cualquier momento del día, con o sin comida.</p> <p>Las zonas de inyección se deben rotar con cada dosis (Figura 7). Si el paciente también se inyecta insulina, debe inyectar Tirzepatida en una zona de inyección diferente.</p> <p>Se debe aconsejar a los pacientes que lean detenidamente las instrucciones de uso incluidas en el prospecto antes de administrar el medicamento (Figura 9).</p>

▼ Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, es prioritaria la notificación de sospechas de reacciones adversas asociadas a este medicamento.

TABLA 6. Información básica para un correcto proceso de uso.

Fuente BOT PLUS. Disponible en: <https://botplusweb.farmaceticos.com/>

Instrucciones de uso

En su caso, podemos proporcionar folletos informativos sobre la técnica adecuada de inyección y puntos a considerar (ej. rotación de sitio de inyección).

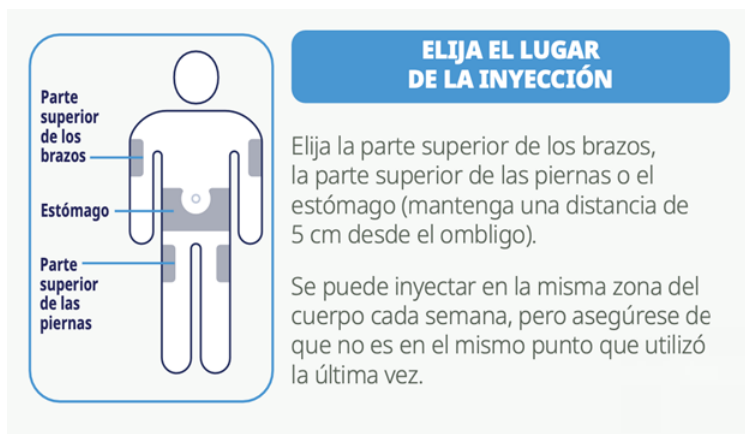


FIGURA 7. Selección de puntos de inyección

SEMAGLUTIDA

Se puede acceder al prospecto desde:

- https://cima.aemps.es/cima/dohtml/p/1211608007/P_1211608007.html
- https://botplusweb.farmaceuticos.com//Documentos/AEMPS/Prospectos/394397/P_117251002_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10_11_12_13_14_15.pdf

Se pueden ver las instrucciones para la administración de Wegovy® desde:

- <https://nn-product.videomarketingplatform.co/secret/96169841/ec64acf1ffb79e968352c2f-87d8c602f>

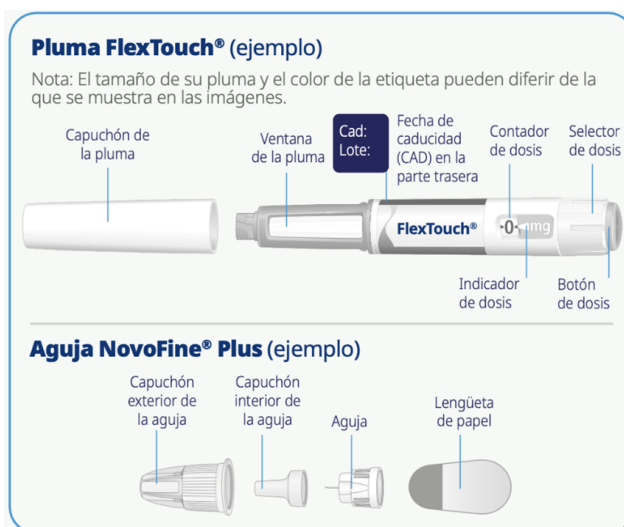


FIGURA 8. Utilización de pluma para Semaglutida.

Fuente: instrucciones para el uso de Wegovy®.

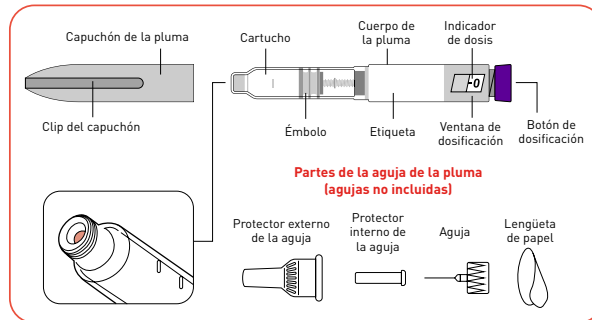
TIRZEPATIDA

Se puede acceder al prospecto desde:

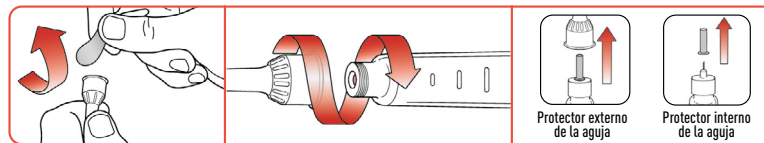
https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/1221685011/P_1221685011.html; https://botplusweb.farmaceuticos.com//Documentos/AEMPS/Prospectos/424024/P_1221685055_1_2_3_4.pdf

Se pueden ver las instrucciones para la administración Mounjaro® KwikPen® desde:

https://assets.ctfassets.net/xsuharu5ngtn/6GLLBGkDEmgU3QXLwaC4IW/4b52e8be7d0e-14226d5bd3b097alde48/Instrucciones_administraci%C3%B3n_Mounjaro_v2.0.pdf



Paso 1: Prepara tu pluma



Selecciona una nueva aguja para la pluma. Utiliza siempre una nueva aguja para cada inyección.

Empuja directamente la aguja tapada en línea recta sobre la pluma y gírala hasta que quede apretada.

Retira el protector externo de la aguja. No lo tires. Retira el protector interno y deséchalo.

Paso 2: Purga tu pluma. Debes purgar tu pluma antes de cada inyección

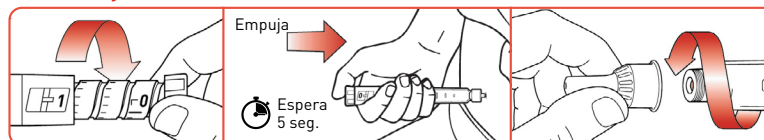


Para purgar tu pluma gira el botón de dosificación hasta que oigas **2 clics** y se muestre la línea alargada en la ventana de dosificación.

Sujeta la pluma con la aguja apuntando hacia arriba. Golpea el soporte del cartucho suavemente para llevar las burbujas de aire hacia arriba.

Empuja el botón de dosificación hasta que llegue al tope y aparezca "0" en la ventana de dosificación, luego mantén presionado el botón de dosificación y cuenta despacio hasta 5.

Paso 3: Inyección de la dosis



Gira el botón de dosificación hasta que se detenga y se muestre el icono de **17** en la ventana de dosificación.

El icono de 17 equivale a una dosis completa.

Inyecta el medicamento **empujando el botón de dosificación hacia dentro** hasta que se detenga y, a continuación, **cuenta lentamente hasta 5 mientras mantienes pulsado el botón de dosificación**. El icono de **0** debe aparecer en la ventana de dosificación antes de retirar la aguja.

Vuelve a colocar con cuidado el protector externo de la aguja. Desenroscala la aguja tapada y deposítala en un contenedor para objetos punzantes.

FIGURA 9. Utilización y preparación de la pluma para Tirzepatida.

Fuente: instrucciones uso de Mounjaro®

Instrucciones de conservación

1. Semaglutida (Wegovy®)

- Mantener este medicamento fuera de la vista y del alcance de los niños. No utilice este medicamento después de la fecha de caducidad que aparece en la etiqueta de la pluma y en el envase después de “CAD”.
- Antes de abrir. Conservar en nevera (entre 2 °C y 8 °C). No congelar. Mantener alejado del componente de enfriamiento de la nevera.
- Durante la utilización. La pluma se puede conservar durante 6 semanas si se conserva a una temperatura no superior a 30 °C o en nevera (entre 2 °C y 8 °C) alejada del componente de enfriamiento.
- No congelar Wegovy® y no utilizar si se ha congelado.
- Cuando no esté utilizando la pluma, dejar el capuchón puesto para protegerla de la luz.
- No utilice este medicamento si observa que la solución no es transparente e incolora.

2. Tirzepatida (Mounjaro®)

- Mantener este medicamento fuera de la vista y del alcance de los niños. No utilice este medicamento después de la fecha de caducidad que aparece en la etiqueta de la pluma y en el embalaje después de “CAD”.
- Conservar en nevera (entre 2 °C y 8 °C). No congelar. Si la pluma se ha congelado, NO LA USE. Conservar en el envase original para protegerlo de la luz.
- Mounjaro se puede almacenar sin refrigerar por debajo de 30 °C hasta un máximo de 21 días consecutivos, después la pluma debe desecharse.
- No utilice este medicamento si observa que la pluma está deteriorada o el medicamento está turbio, tiene color o contiene partícula.

CONTINUACIÓN DE UN TRATAMIENTO: QUÉ SABER

NO es la primera vez que va a utilizar el medicamento, es decir, es una continuación de tratamiento o una dispensación repetida.

En este caso, mediante la entrevista podremos obtener la información necesaria para **valorar la percepción que tiene el paciente sobre la efectividad y seguridad del tratamiento** (Tabla 7), prestando especial atención a la adherencia al tratamiento, planteando de forma abierta preguntas similares a las siguientes:

- ¿Está tomando la medicación como su médico le ha prescrito?
- ¿Le han cambiado algo (pauta, dosis, etc.)?
 - » Si la respuesta es afirmativa, realizaremos las mismas preguntas de inicio de tratamiento.
 - » Si la respuesta es negativa preguntaremos:
 - ¿cómo le va el tratamiento?
 - ¿tiene algún problema con el medicamento?

Ahora vamos a considerar que nuestros casos son dispensaciones de un tratamiento crónico o de continuación, por lo que comprobaremos, que el tratamiento es necesario, seguro y efectivo, disponiendo de la información correspondiente.

	EFFECTIVIDAD	REACCIONES ADVERSAS
SEMAGLUTIDA ▼	Se absorbe lentamente tras su administración subcutánea, alcanzándose la cmax entre 1 y 3 días después de la dosis. El área bajo la curva se alcanzó después de 4-5 semanas tras la administración semanal. Su biodisponibilidad es del 85 %.	<p>RAM Muy Frecuentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Digestivas: náuseas, diarrea • Trastornos del metabolismo y de la nutrición: hipoglucemia al asociar a sulfonilureas, anorexia <p>RAM Frecuentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Digestivas: vómitos, dispepsia, dolor abdominal, estreñimiento, gastritis, flatulencia, distensión abdominal, enfermedad por reflujo gastroesofágico, aerofagia. • Trastornos hepato biliares: colecistitis, colelitiasis, aumento de amilasa, aumento de lipasa, anorexia • Trastornos neurológicos/psicológicos: cefalea, mareo, disgeusia. • Trastornos del metabolismo y de la nutrición: hipoglucemia • Trastornos oculares: retinopatía diabética • Generales: fatiga <p>Interacciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insulina y sulfonilureas (5).
TIRZEPATIDA ▼	La concentración máxima de tirzepatida se alcanza entre 8 y 72 horas después de la dosis. La exposición en estado estacionario se alcanza tras 4 semanas de administración semanal. La biodisponibilidad absoluta de tirzepatida subcutánea fue del 80 %.	<p>RAM Muy Frecuentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del metabolismo y de la nutrición: hipoglucemia cuando se utiliza con sulfonilurea o insulina. • Trastornos gastrointestinales: náuseas, diarrea, dolor abdominal, vómitos, dispepsia, estreñimiento, distensión abdominal, eructos, flatulencia, enfermedad por reflujo gastroesofágico <p>RAM Frecuentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del sistema inmunológico: reacciones de hipersensibilidad • Trastornos del metabolismo y de la nutrición: hipoglucemia cuando se usa con metformina y otros antidiabéticos SGLT2i, disminución del apetito • Trastornos del sistema nervioso: mareo. • Trastornos vasculares: hipotensión <p>Poco frecuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colelitiasis, colecistitis, pancreatitis aguda - Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: alopecia. - Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración: fatiga reacciones en la zona de inyección <p>Interacciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fármacos de estrecho margen terapéutico pueden interactuar con tirzepatida, debido a retraso en el vaciado gástrico producida por este (6)(7). Se recomienda vigilar al paciente.

▼ Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, es prioritaria la notificación de sospechas de reacciones adversas asociadas a este medicamento.

TABLA 7. Información básica sobre la seguridad y efectividad.

Fuente BOT PLUS. Disponible en: <https://botplusweb.farmaceuticos.com/>

b) Evaluación de la información

Hay ocasiones en las que el paciente puede referir una nueva situación en la que existen diferentes síntomas o signos, la falta de adherencia al tratamiento, la utilización de dosis no adecuadas (exceso de dosis), etc. Se trata de situaciones no esperadas que interrumpen el curso natural del proceso del Servicio en lo que se denomina identificar una Incidencia.

En el caso de detectar una Incidencia, se intentará identificar el PRM o el RNM (1).

PRM (Problemas Relacionados con los Medicamentos)
Son aquellas situaciones que causan o pueden causar la aparición de un Resultado Negativo asociado a la Medicación (RNM). Los PRM son elementos del proceso que suponen al usuario de medicamentos un mayor riesgo de sufrir un RNM.
RNM (Resultados Negativos asociados a la Medicación)
Son PS no controlados. Son los resultados negativos en la salud del paciente, no adecuados al objetivo de la farmacoterapia, asociados o que pueden estar asociados a la utilización de medicamentos.

El PRM es la causa o causas y el RNM la consecuencia.

En la identificación de Incidencias, la asignación de PRM (TABLA 8) no es exclusiva ni es excluyente, por lo que se pueden asignar uno o más, en función de las diferentes situaciones de la práctica diaria (1).

PRM (Problemas Relacionados con los Medicamentos)	
Administración errónea del medicamento	Falta de conciliación entre niveles
Alta probabilidad de efectos adversos	Falta de conocimiento del uso del medicamento
Características personales	Interacciones con otros medicamentos, plantas medicinales, complementos alimenticios o alimentos
Conservación inadecuada	Medicamento no necesario
Contraindicación	No toma la medicación/falta de adherencia
Desabastecimiento temporal	Otros PS que afectan al tratamiento
Dosis, pauta y/o duración no adecuada	Polimorfismo genético del paciente
Duplicidad	Precaución de uso
Errores en la dispensación	PS insuficientemente tratado
Errores en la prescripción	Otros
Errores en la utilización de la medicación	

TABLA 8 - Listado de PRM

Además, podremos identificar si el paciente sufre, o está en riesgo de sufrir, un problema de salud consecuencia del uso o desuso de los medicamentos y con ello estaremos detectando un resultado del tratamiento que no se relaciona con el esperado por el prescriptor, es decir, un RNM (TABLA 9) (1).

Para poder evaluar correctamente los RNM se seguirá siempre el orden **NES**:



Los RNM (TABLA 5) son problemas de salud no controlados que pueden tener una o varias causas, es decir uno o varios PRM, en el caso de que esté siendo tratado con medicamentos.

CATEGORÍAS	EFFECTIVIDAD
Necesidad	Una necesidad de tratamiento (problema de salud no tratado)
	Una no necesidad de medicamento (efecto de un medicamento innecesario)
Efectividad	Una ineffectividad no cuantitativa
	Una ineffectividad cuantitativa
Seguridad	Una inseguridad no cuantitativa
	Una inseguridad cuantitativa

TABLA 9 - Categorías RNM

c) Intervención, en caso de Incidencia

Con la información obtenida, evaluaremos la situación para llevar a cabo, en caso de Incidencia, la correspondiente intervención. En el caso de identificar Incidencias (PRM/RNM), se estudiarán para proponer posibles intervenciones para resolverlas del listado siguiente:

- Facilitar Información Personalizada del Medicamento (IPM).
- Ofrecer educación sanitaria.
- Derivar a otro SPFA u otro profesional sanitario.
- Derivar al Médico de Familia comunicando el PRM/RNM
- Derivar al Médico de Familia proponiendo cambios en el tratamiento.
- Proponer otras modificaciones.
- Notificar a farmacovigilancia de acuerdo con la legislación vigente.

Esquema de Notificación a Farmacovigilancia

- **Objetivo:** Monitorizar la seguridad y efectividad de semaglutida (11) y tirzepatida (12) mediante la recopilación de datos sobre efectos adversos.
- **Procedimiento de Notificación:**
 - » **Recopilación de Datos:**
 - Registro de eventos adversos en documentación estandarizada.
 - » **Clasificación de Eventos Adversos:**
 - Gravedad: Leve, Moderada, Grave.
 - Relación con el medicamento: Posible, Probable, Cierta.
 - » **Notificación:**
 - Utilizar un sistema en línea para reportes de eventos adversos.
 - Acceso a través de: <https://www.notificaram.es/>

d) Actuación profesional

Si no identificamos Incidencias, o se pueden resolver en el momento, con la información obtenida evaluaremos la situación para llevar a cabo la actuación profesional que consistirá en la:

- **Entrega** del medicamento con información personalizada (IPM) suficiente para un uso responsable, de acuerdo con la normativa vigente, con educación sanitaria, etc., con las correspondientes verificaciones antifalsificación.
- **No entrega** del medicamento, informando al paciente y derivando al profesional sanitario o al Servicio Profesional Farmacéutico Asistencial correspondiente.

En los casos de los ejemplos propuestos no se han dado Incidencias por lo que facilitaremos la información que requieran y las recomendaciones sobre medidas no farmacológicas (ver a continuación).

e) Registro del proceso

Como parte del proceso del Servicio, podremos registrar la actividad profesional realizada y, además, siempre que sea posible, también registraremos el resultado obtenido en la salud del paciente (mejora, empeora, sigue igual).

Por ejemplo, utilizando NodoFarma Asistencial; la plataforma impulsada por la Organización Farmacéutica Colegial dirigida a farmacéuticos comunitarios que facilita el registro de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales de forma sencilla, rápida y protocolizada.

Servicio de Dispensación con Educación Sanitaria a un paciente que convive con obesidad

A continuación, y siguiendo los ejemplos propuestos al inicio de este apartado, se indican dentro del Servicio de Dispensación con educación sanitaria los siguientes puntos donde nuestro consejo ayudará a nuestros pacientes a mejorar la adherencia a su tratamiento y a obtener mejores resultados en salud y una pérdida de peso más saludable.

a. Interacciones Medicamentos-Alimentos

Uno de los factores que puede comprometer la adherencia al uso de estos medicamentos, son las interacciones entre alimentos y medicamentos, ya que pueden alterar la efectividad del tratamiento, generar inseguridad en el paciente por la existencia de efectos adversos (RAM) o inducir la percepción de inefectividad en el paciente. Por ello hay que saber reconocer situación de posible interacción (Tabla 10) e informar al paciente:

- 1. Evita fallos terapéuticos:** algunos alimentos pueden reducir la absorción o metabolismo del fármaco, disminuyendo su efecto.
- 2. Reduce efectos adversos que desmotivan al paciente:** algunos fármacos pueden potenciar su toxicidad o efectos secundarios con ciertos alimentos.
- 3. Mejora la comodidad y la adherencia al tratamiento:** ajustar la toma del medicamento según las comidas puede reducir molestias digestivas o mejorar su absorción.
- 4. Evita la auto suspensión del tratamiento:** si un paciente experimenta síntomas inesperados por una interacción, puede abandonar el tratamiento.

Interacciones con Alimentos	Descripción
Comidas altas en grasa	Pueden afectar la absorción y efectividad de los análogos de GLP-1. Retrasan el vaciamiento gástrico, lo que puede afectar la biodisponibilidad del medicamento (8).
Carbohidratos complejos	Los análogos de GLP-1 actúan en combinación con la ingesta de carbohidratos. Un consumo excesivo puede requerir ajuste de dosis para evitar hiperglucemia (9).
Alcohol	Puede afectar el control de la glucosa en sangre y aumentar el riesgo de hipoglucemia al combinarse con análogos de GLP-1 y otros fármacos para la diabetes. Se recomienda eliminar o consumir de forma moderada (10).
Efectos de la fibra dietética	Una dieta alta en fibra puede retrasar el vaciamiento gástrico y moderar los efectos hipoglucemiantes. Es importante separar la ingesta de fibra y la dosis del medicamento, si es necesario.

TABLA 10. Principales interacciones medicamentos-alimentos.

Fuente BOT PLUS. Disponible en: <https://botplusweb.farmaceticos.com/>

b. Recomendaciones Nutricionales Específicas para pacientes que viven con obesidad y con tratamiento farmacológico

En la Figura 10 se resume el mapa conceptual de las recomendaciones nutricionales expuestas a continuación:

- 1. Control de raciones:** fomentar la práctica de controlar las porciones para ayudar a reducir la ingesta calórica total (18). Utilizar platos más pequeños y métodos de medir alimentos pueden ser muy útiles, como el recomendado por la universidad de Harvard accesible en: <https://nutritionsource.hsph.harvard.edu/healthy-eating-plate/translations/spanish/>.
- 2. Patrón dietético basado en vegetales:** promover una dieta rica en frutas, hortalizas y verduras, por su bajo contenido calórico y alto en fibra, lo que puede ayudar a aumentar la saciedad y disminuir la ingesta calórica (19).
- 3. Incorporar alimentos ricos en fibra:** aumentar el consumo de alimentos ricos en fibra como los ya comentados, además de legumbres y granos integrales y vegetales, para mejorar la saciedad y regular el tránsito intestinal.
- 4. Selección de carbohidratos:** favorecer el uso de carbohidratos complejos y de bajo índice glucémico, como granos enteros y legumbres, ya que estos pueden ayudar a controlar los niveles de glucosa en sangre y prolongar la saciedad.
- 5. Asegurar la ingesta proteica de alto valor biológico en cada comida:**
 - » **Proteínas magras de origen animal como huevo, pollo, pescado y pavo.**
 - » **Proteínas de origen vegetal como legumbres, granos y frutos secos.**
- 6. Incorporar grasas saludables,** como aguacates, frutos secos y aceite de oliva virgen extra, que promueven la saciedad (20).
- 7. Pequeñas comidas frecuentes,** a lo largo del día puede ayudar a controlar el hambre y la saciedad (21).
- 8. Evitar alimentos altamente procesados:** limitar la ingesta de alimentos ultra procesados, que a menudo son altos en azúcares añadidos y grasas saturadas, ya que pueden contribuir al aumento de peso y dificultar el control del apetito.
- 9. Hidratación adecuada:** fomentar el consumo adecuado de líquidos, especialmente agua. Evitar bebidas azucaradas y alcohólicas que pueden proporcionar calorías vacías.
- 10. Educación nutricional** en hábitos dietéticos saludables, promocionando **Actividad Física** diaria y **Ejercicio de Fuerza**.

Recomendaciones Nutricionales para Pacientes con Obesidad y Tratamiento Farmacológico

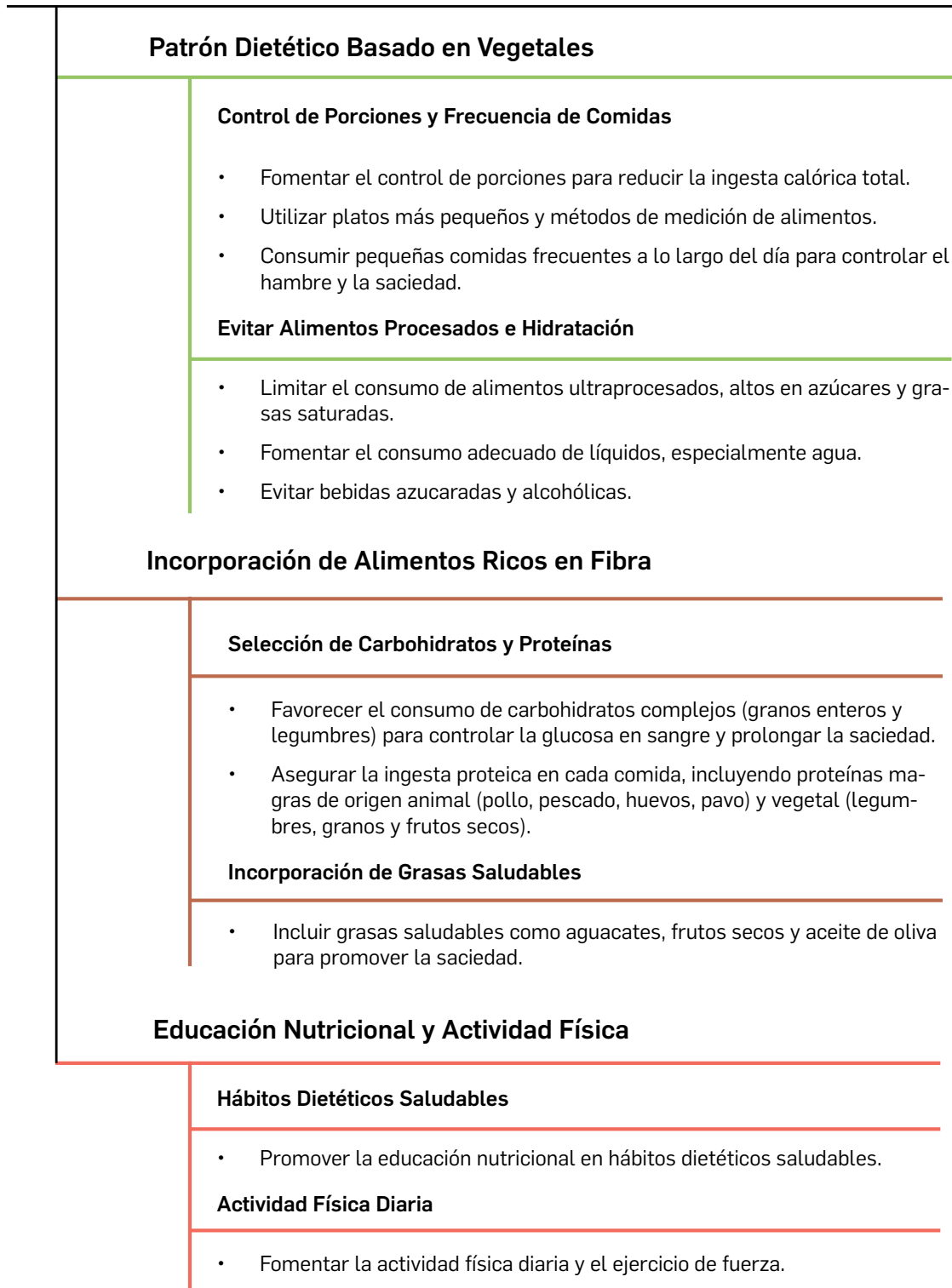


FIGURA 10. Mapa conceptual. Recomendaciones nutricionales para pacientes con obesidad y tratamiento farmacológico (17 -19).

c. Actividades Físicas Recomendadas para Personas que viven con Obesidad

Los beneficios del ejercicio en personas que viven con obesidad son (20):

- › Reducción del peso corporal y grasa abdominal.
- › Mejora del perfil metabólico (glucosa e insulina).
- › Fortalecimiento muscular y prevención de sarcopenia.
- › Aumento del bienestar emocional y reducción del estrés.

Recomendaciones Generales

Frecuencia e intensidad:

- › Al menos 20 - 40 minutos diarios de actividad aeróbica moderada o 10 - 20 minutos de actividad vigorosa.
- › Incorporar ejercicios de resistencia 2-3 veces por semana.

Progresión:

- › Comenzar con actividades suaves como caminar o nadar durante 10-15 minutos diarios.
- › Incrementar gradualmente la duración e intensidad a medida que mejora la condición física.

Adaptación personalizada:

- › Diseñar el programa según las capacidades físicas del paciente, considerando posibles limitaciones cardiovasculares o articulares.

Resumen de aspectos clave

El abordaje integral ante el tratamiento de la obesidad debe llevarse a cabo desde dos perspectivas:

- › **Perspectiva farmacológica:** adecuación del tratamiento e información personalizada al paciente sobre su uso.
- › **Perspectiva no farmacológica:** adecuación de las medidas higiénico-dietéticas del paciente mediante educación nutricional, interacciones entre alimentos y los fármacos prescritos y recomendaciones de actividad física.



Más información en el curso acreditado de formación continuada que se publicará próximamente como parte de esta campaña sanitaria.

Guía de consejos

Herramientas prácticas para el tratamiento de la obesidad

Consulta más información sobre estos medicamentos escaneando los siguientes códigos QR:

Semaglutida
(Wegovy®)



Tirzepatida
(Mounjaro®)



Bibliografía

1. Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC), panel de expertos. Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales desde la Farmacia Comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2024. [Internet]. Disponible en: https://www.farmaceticos.com/wp-content/uploads/2024/02/GUIA_SPFA_FORO_2024_V15_AC-digital.pdf. Último acceso: marzo 2025
2. Yang, Z., Yu, M., Mei, M., Chen, C., Lv, Y., Xiang, L., & Li, R. The association between GLP-1 receptor agonist and diabetic ketoacidosis in the FDA adverse event reporting system. 2022. Nutrition, metabolism, and cardiovascular diseases: NMCD, 32(2), 504-510. <https://doi.org/10.1016/j.nu-mecd.2021.10.003>
3. Cao, C., Yang, S., & Zhou, Z. GLP-1 receptor agonists and pancreatic safety concerns in type 2 diabetic patients: data from cardiovascular outcome trials. 2020. Endocrine, 68(3), 518-525. <https://doi.org/10.1007/s12020-020-02223-6>
4. Cases A. Glucagon-like peptide 1(GLP-1) receptor agonists in the management of the patient with type 2 diabetes mellitus and chronic kidney disease: an approach for the nephrologist. 2023. Nefrología, 43(4), 399-412. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2023.09.003>
5. Chen, B., Tao, L., Tian, M., & Ji, Z. Efficacy, and safety of combination of semaglutide and basal insulin in patients with of type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. 2025. Clinical nutrition ESPEN, S2405-4577(25)00057-9. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2025.01.056>.
6. Mehdi, S. F., Pusapati, S., Anwar, M. S., Lohana, D., Kumar, P., Nandula, S. A., Nawaz, F. K., Tracey, K., Yang, H., LeRoith, D., Brownstein, M. J., & Roth, J. Glucagon-like peptide-1: a multi-faceted anti-inflammatory agent. 2023. Frontiers in immunology, 14, 1148209. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2023.1148209>
7. Chapman, M. B., Norwood, D. A., Price, C., Abdulhadi, B., Kyanam Kabir Baig, K., Ahmed, A. M., Peter, S., Routman, J. S., Sánchez-Luna, S. A., Duggan, E. W., & Mulki, R. Effects of glucagon-like peptide-1 receptor agonists on gastric mucosal visibility and retained gastric contents during EGD. 2024. Gastrointestinal endoscopy, 100(5), 923-927. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2024.05.012>
8. Ma, X., Liu, R., Pratt, E. J., Benson, C. T., Bhattachar, S. N., & Sloop, K. W. Effect of Food Consumption on the Pharmacokinetics, Safety, and Tolerability of Once-Daily Orally Administered Orforglipron (LY3502970), a Non-peptide GLP-1 Receptor Agonist. 2024. Diabetes therapy: research, treatment and education of diabetes and related disorders, 15(4), 819-832. <https://doi.org/10.1007/s13300-024-01554-1>
9. Ma, X., Liu, R., Pratt, E. J., Benson, C. T., Bhattachar, S. N., & Sloop, K. W. Effect of Food Consumption on the Pharmacokinetics, Safety, and Tolerability of Once-Daily Orally Administered Orforglipron (LY3502970), a Non-peptide GLP-1 Receptor Agonist. 2024. Diabetes therapy: research, treatment and education of diabetes and related disorders, 15(4), 819-832. <https://doi.org/10.1007/s13300-024-01554-1>.

10. Klausen, M. K., Knudsen, G. M., Vilsbøll, T., & Fink-Jensen, A. Effects of GLP-1 Receptor Agonists in Alcohol Use Disorder. 2025. *Basic & clinical pharmacology & toxicology*, 136(3), e70004. <https://doi.org/10.1111/bcpt.70004>
-
11. Aroda, V. R., Erhan, U., Jelles, P., Meier, J. J., Abildlund, M. T., Pratley, R., Vilsbøll, T., & Husain, M. Safety and tolerability of semaglutide across the SUSTAIN and PIONEER phase IIIa clinical trial programmes. 2023. *Diabetes, obesity & metabolism*, 25(5), 1385–1397. <https://doi.org/10.1111/dom.14990>
-
12. Tang, Y., Zhang, L., Zeng, Y., Wang, X., & Zhang, M. Efficacy and safety of tirzepatide in patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. 2022. *Frontiers in pharmacology*, 13, 1016639. <https://doi.org/10.3389/fphar.2022.1016639>
-
13. Wang, J. Y., Wang, Q. W., Yang, X. Y., Yang, W., Li, D. R., Jin, J. Y., Zhang, H. C., & Zhang, X. F. GLP-1 receptor agonists for the treatment of obesity: Role as a promising approach. 2023. *Frontiers in endocrinology*, 14, 1085799. <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1085799>
-
14. Christensen, S., Robinson, K., Thomas, S., & Williams, D. R. Dietary intake by patients taking GLP-1 and dual GIP/GLP-1 receptor agonists: A narrative review and discussion of research needs. 2024. *Obesity pillars*, 11, 100121. <https://doi.org/10.1016/j.obpill.2024.100121>
-
15. Marso, S. P., Bain, S. C., Consoli, A., Eliaschewitz, F. G., Jódar, E., Leiter, L. A., Lingvay, I., Rosentock, J., Seufert, J., Warren, M. L., Woo, V., Hansen, O., Holst, A. G., Pettersson, J., Vilsbøll, T., & SUSTAIN-6 Investigators. Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. 2016. *The New England journal of medicine*, 375(19), 1834–1844. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1607141>
-
16. Nauck, M. A., Quast, D. R., Wefers, J., & Meier, J. J. GLP-1 receptor agonists in the treatment of type 2 diabetes - state-of-the-art. 2021. *Molecular metabolism*, 46, 101102. <https://doi.org/10.1016/j.molmet.2020.101102>
-
17. Wharton, S., Lau, D. C. W., Vallis, M., Sharma, A. M., Biertho, L., Campbell-Scherer, D., Adamo, K., Alberga, A., Bell, R., Boulé, N., Boyling, E., Brown, J., Calam, B., Clarke, C., Crowshoe, L., Divalentino, D., Forhan, M., Freedhoff, Y., Gagner, M., Glazer, S., ... Wicklum, S. Obesity in adults: a clinical practice guideline. 2020. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 192(31), E875–E891. <https://doi.org/10.1503/cmaj.191707>
-
18. Lau, D. C., Douketis, J. D., Morrison, K. M., Hramiak, I. M., Sharma, A. M., Ur, E., & Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel. Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [summary]. 2007. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 176(8), S1–S13. <https://doi.org/10.1503/cmaj.061409>
-
19. Wharton, S., Lau, D. C. W., Vallis, M., Sharma, A. M., Biertho, L., Campbell-Scherer, D., Adamo, K., Alberga, A., Bell, R., Boulé, N., Boyling, E., Brown, J., Calam, B., Clarke, C., Crowshoe, L., Divalentino, D., Forhan, M., Freedhoff, Y., Gagner, M., Glazer, S., ... Wicklum, S. Obesity in adults: a clinical practice guideline. 2020. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 192(31), E875–E891. <https://doi.org/10.1503/cmaj.191707>
-
20. Pontzer, H., Yamada, Y., Sagayama, H., Ainslie, P. N., Andersen, L. F., Anderson, L. J., Arab, L., Badou, I., Bedu-Addo, K., Blaak, E. E., Blanc, S., Bonomi, A. G., Bouten, C. V. C., Bovet, P., Buchowski, M. S., Butte, N. F., Camps, S. G., Close, G. L., Cooper, J. A., Cooper, R., ... IAEA DLW Database Consortium. Daily energy expenditure through the human life course. 2021. *Science (New York, N.Y.)*, 373(6556), 808–812. <https://doi.org/10.1126/science.abe5017>
-

CAMPAÑA

Obesidad

Más que una cifra

*La farmacia rol clave en
la prevención y el manejo*

Con el patrocinio de:

Lilly



Farmacéuticos

Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España