

La suspensión de fármacos para la obesidad se asocia con una rápida recuperación del peso y la pérdida de los beneficios cardiometabólicos

Andrea Lee

Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Comentado de:

West S, Scragg J, Aveyard P, et al. *BMJ* 2026;392:e085304. PMID: [41500720](#) DOI: [10.1136/bmj-2025-085304](#)¹

Resumen del artículo original

¿Por qué es importante este tema?

La obesidad constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la reconoce como una enfermedad crónica y recidivante, caracterizada por su tendencia a persistir y recurrir a lo largo del tiempo, lo que plantea la necesidad de estrategias terapéuticas sostenidas y de largo plazo².

En 2022, el sobrepeso afectaba a 2.500 millones de adultos en el mundo, de los cuales más de 890 millones tenían obesidad. Esto equivale al 43% de la población adulta, un notable incremento frente al 25% registrado en 1990. En la Argentina, según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del año 2019, el 65% de la población adulta presentaba exceso de peso³.

La relevancia de esta problemática no radica únicamente en su elevada prevalencia, sino también en su asociación con una importante carga de morbilidad. Se estima que un índice de masa corporal (IMC) superior al rango considerado óptimo (de 18,5 a 24,9 kg/m²) estuvo asociado con aproximadamente 3,7 millones de muertes en 2021, principalmente por enfermedades no transmisibles, entre ellas enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, trastornos neurológicos, enfermedades respiratorias crónicas y trastornos digestivos⁴.

Frente a este escenario, a lo largo del tiempo se han desarrollado diversas estrategias terapéuticas para el abordaje de la obesidad. Estas incluyen intervenciones no farmacológicas, como la modificación de la alimentación y el aumento de la actividad física; tratamientos quirúrgicos, principalmente la cirugía bariátrica; y tratamientos farmacológicos. Dentro de estos últimos se encuentran diferentes grupos de medicamentos, entre ellos los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1), el orlistat, la combinación de naltrexona/bupropión y otros fármacos como fentermina/topiramato⁵.

En los últimos años, la incorporación de nuevos tratamientos farmacológicos, particularmente semaglutida y tirzepatida, ha modificado el abordaje de la obesidad debido a su capacidad para producir pérdidas de peso clínicamente relevantes, que pueden alcanzar aproximadamente el 15 al 20 % del peso corporal^{6,7}. Además de la reducción ponderal, estos tratamientos se han asociado con beneficios cardiometabólicos relevantes. Sin embargo, una proporción considerable de los pacientes interrumpe el uso de estos fármacos durante el primer año, lo que plantea un

interrogante respecto de la evolución del peso y de los beneficios alcanzados una vez suspendida la farmacoterapia.

¿Qué pregunta se plantearon los investigadores?

Cuantificar y comparar la tasa de recuperación de peso tras la interrupción de los medicamentos para el control de peso en adultos con sobrepeso u obesidad.

¿Qué hicieron los autores?

Incluyeron ensayos clínicos controlados aleatorizados y no aleatorizados, así como estudios observacionales (cohortes prospectivas y retrospectivas). La búsqueda bibliográfica fue realizada en MEDLINE, Embase, PsycINFO, CINAHL, Cochrane, Web of Science y en registros de ensayos clínicos, desde el inicio de cada base de datos hasta febrero de 2025.

Para ser incluidos, los participantes debían haber recibido el tratamiento farmacológico durante al menos ocho semanas y contar con un seguimiento de al menos cuatro semanas posteriores a la suspensión del fármaco. En los ensayos controlados, el grupo comparador podía recibir placebo, medidas no farmacológicas o ningún apoyo; también fueron considerados elegibles los estudios en los que las intervenciones farmacológicas eran combinadas con intervenciones conductuales o sobre el estilo de vida.

Los autores evaluaron fármacos actuales o previamente aprobados para el descenso de peso, entre ellos los agonistas del receptor de GLP-1 y fármacos relacionados (semaglutida, tirzepatida, liraglutida, exenatida y cagrilintida), inhibidores de la lipasa (orlistat), la combinación naltrexona/bupropión, y otros tratamientos como fentermina/topiramato, lorcaserina, sibutramina, rimonabant y fentermina.

El desenlace primario fue la tasa de recuperación de peso tras la suspensión del tratamiento farmacológico, en términos absolutos y en comparación con el control. Los desenlaces secundarios fueron los cambios en marcadores cardiometabólicos (HbA1c, glucemia en ayunas, presión arterial sistólica y diastólica, colesterol total y triglicéridos). Los autores realizaron análisis por subgrupos según el tipo de tratamiento farmacológico: todos los fármacos para el descenso de peso, y solo los agonistas de GLP-1 y duales más recientes y efectivos (semaglutida y tirzepatida).

Para el análisis estadístico utilizaron una metodología ya empleada en un artículo anterior sobre intervenciones no farmacológicas⁸, con el fin de permitir la comparación directa entre ambos trabajos. Aplicaron tres modelos principales:

Modelo 1 - Modelo mixto: estimó la tasa mensual y la magnitud total de recuperación de peso durante el período posterior a la suspensión del tratamiento, considerando la variabilidad entre estudios.

Modelo 2 - Metaregresión: estimó la recuperación global de peso utilizando el período de seguimiento más prolongado disponible en cada estudio, evaluando la relación entre el tiempo transcurrido desde la suspensión y la recuperación de peso.

Modelo 3 - Análisis de tiempo al evento: estimó el tiempo necesario para que los participantes recuperaran el peso basal previo al tratamiento o alcanzaran el nivel de peso del grupo control, según correspondiera.

¿Cuáles fueron los resultados del estudio?

La duración media del tratamiento fue de 39 semanas y la del seguimiento post suspensión de 32

semanas.

La tabla 1 presenta los resultados principales, donde se observa que la recuperación promedio de peso fue de 0,4 kg por mes, alcanzando 0,8 kg por mes en quienes recibieron agonistas incretínicos más potentes (semaglutida y tirzepatida).

Desenlace	Todos los fármacos para descenso de peso	Agonistas GLP-1	Semaglutida y tirzepatida	Control
Peso perdido, (kg) promedio (IC 95%)	8,3(7,2 a 9,5)	10,1(8,2 a 11,9)	14,7 (11,1 a 18,4)	3,2 (2,5 a 3,9)
Recuperación de peso, (kg)/mes en modelo 1(IC 95%)	0,4 (0,3 a 0,5)	0,5 (0,4 a 0,7)	0,8(0,7 a 0,9)	-
Recuperación de peso total, (kg) en modelo 1(IC 95%)	4,8(3,6 a 6,0)	6,0(4,8 a 8,4)	9,9 (8,4 a 10,8)	-
Tiempo hasta recuperación total de peso, (años) modelo 3 (IC 95%)	1,7 (1,3 a 2,1)	1,6 (1,1 a 2,1)	1,5(1,0 a 1,9)	-

Table 1. Principales resultados de la revisión sistemática y metanálisis de West et al¹. IC: intervalo de confianza

Se estimó que el peso corporal regresó al valor basal aproximadamente 1,7 años después de suspender cualquier medicación para el descenso de peso (1,5 años para semaglutida/tirzepatida).

Todos los beneficios observados en los marcadores cardiometabólicos tendieron a desaparecer, regresando a los valores basales de HbA_{1c} y presión arterial diastólica en aproximadamente 1,4 años tras la suspensión, y en un año para la glucemia en ayunas, la presión arterial sistólica, el colesterol total y los triglicéridos. Por otro lado, la recuperación ponderal fue significativamente más rápida que la observada luego de finalizar programas de tratamiento conductual para el descenso de peso.

Financiamiento y conflictos de interés del artículo fuente

Estudio financiado por National Institute for Health and Care Research (NIHR). Los autores declararon no tener conflictos de interés.

Comentario

¿Los resultados del estudio son válidos?

El estudio presenta fortalezas metodológicas relevantes, tales como una base amplia de evidencia (37 estudios, 63 ramas de intervención y 9.341 participantes), la inclusión tanto de ensayos aleatorizados como de estudios observacionales, y una metodología estadística ya validada en un trabajo previo sobre intervenciones no farmacológicas, lo que permite comparar directamente ambos resultados a través de tres modelos complementarios (mixto, metaregresión y tiempo al evento).

Entre las principales limitaciones se destaca la heterogeneidad de los estudios incluidos, tanto en su diseño como en los fármacos evaluados; la inclusión de tratamientos con mecanismos de acción diversos, algunos actualmente en desuso, limita la extrapolación de los resultados a los fármacos disponibles en la actualidad. El análisis de los agonistas del GLP-1 fue, además, exploratorio, con datos de seguimiento incompletos en algunos grupos control, y la falta de una justificación explícita para el uso de los tres modelos estadísticos dificulta la interpretación de algunos resultados.

¿Cómo se comparan los hallazgos de este estudio con otros estudios publicados?

Los autores diseñaron este metanálisis con la misma metodología estadística utilizada previamente para evaluar intervenciones no farmacológicas para el descenso de peso⁸, con el objetivo explícito de permitir la comparación directa entre ambos trabajos; la recuperación de peso observada tras la suspensión de los fármacos fue significativamente más rápida que la descrita luego de finalizar programas de tratamiento conductual (0,4 a 0,8 kg/mes vs. 0,1 a 0,2 kg/mes), retornando al peso basal en 1,5 a 1,7 años frente a los 3 a 5 años del abordaje conductual. Asimismo, estos datos reafirman lo observado en las extensiones de ensayos pivotaes como STEP 1⁹ (semaglutida) y SURMOUNT-4 (tirzepatida)¹⁰, donde los participantes recuperaron dos tercios del peso y revirtieron las mejoras cardiometabólicas al año de la suspensión.

¿Cuáles son las consecuencias para la práctica?

Pese a estas limitaciones, los resultados son clínicamente relevantes, nos llevan a no interpretar la recuperación de peso como un fracaso del paciente o una falta de adherencia, sino como una manifestación esperable de la naturaleza crónica de la enfermedad. Esto implica repensar el abordaje terapéutico hacia estrategias sostenidas a largo plazo, evitando la culpabilización de la persona y considerando los determinantes biológicos, conductuales y ambientales. La suspensión del fármaco no debería ser el final del tratamiento, sino un momento que exige planificación, seguimiento y estrategias de mantenimiento¹¹.

Fuentes de financiamiento / Conflicto de interés de la autora

Este artículo no contó con financiamiento específico. La autora declaró no poseer conflictos de interés.

Declaración de uso de inteligencia artificial

En la preparación de este manuscrito fueron utilizados grandes modelos de lenguaje para la corrección ortográfica y sintáctica.

Historial del artículo

Recibido el 25/09/2026, aceptado el 14/10/2026 y publicado el 22/10/2026.

Declaración de revisión editorial

Artículo no evaluado por pares externos. Por sus características, este artículo fue evaluado por el Comité Editorial de Evidencia.

Licencia

[Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](#)

(CC BY-NC-SA 4.0)

Imagen de portada

Imagen de [mojzagrebinfo](#) bajo licencia de contenidos de [Pixabay](#).

Referencias

1. West S, Scragg J, Aveyard P, et al. Weight regain after cessation of medication for weight management: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2026;392:e085304. PMID:[41500720](#) DOI:[10.1136/bmj-2025-085304](#)
2. World Health Organization. Obesidad y sobrepeso. Fact sheet. Recuperado el 15 de septiembre de 2026. Available from:<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
3. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo - Principales Resultados. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. 2019.
4. Tchang BG, Aras M, Kumar RB, Aronne LJ. Pharmacologic Treatment of Overweight and Obesity in Adults. 2026 Jul 9. In: Feingold KR, Adler RA, Ahmed SF, et al., editors. *Endotext* [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000-. PMID:[25905267](#)
5. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK). Tratamiento del sobrepeso y la obesidad. Available from:<https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/control-de-peso/en-que-consisten-sobrepeso-obesidad-en-adultos/tratamiento>
6. Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S, et al. Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity. *N Engl J Med*. 2021 Mar 18;384(11):989-1002. PMID: [33567185](#) DOI: [10.1056/NEJMoa2032183](#)
7. Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, et al. Tirzepatide Once Weekly for the Treatment of Obesity. *N Engl J Med*. 2022 Jul 21;387(3):205-216. PMID: [35658024](#) DOI: [10.1056/NEJMoa2206038](#)
8. Wilding JPH, Batterham RL, Davies M, et al. Weight regain and cardiometabolic effects after withdrawal of semaglutide: The STEP 1 trial extension. *Diabetes Obes Metab*. 2022 Aug;24(8):1553-1564. PMID: [35441470](#) DOI: [10.1111/dom.14725](#)
9. Hartmann-Boyce J, Astbury NM, Jebb SA, Aveyard P. Association between characteristics of behavioural weight loss programmes and weight change after programme end: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2021;374:n1840. PMID:[34446433](#) DOI:[10.1136/bmj.n1840](#)
10. Aronne LJ, Sattar N, Horn DB, et al. Continued treatment with tirzepatide for maintenance of weight reduction in adults with obesity: the SURMOUNT-4 randomized clinical trial. *JAMA*. 2024;331(1):38-48. PMID:[38078870](#) DOI:[10.1001/jama.2023.24945](#)
11. Kopitowski K, Franco JVA. Weight “regain” in obesity shifts responsibility from biology to personal inadequacy. *BMJ*. 2026;393:s648. DOI:[10.1136/bmj.s648](#)