

SIMPÓSIO: Enfoque de la obesidad en la familia

Coordinadora: María Eugenia Andrés

Obesidad en el adulto mayor: ¿cuándo tratar con fármacos?

Romina Clemente

Dra. Romina Clemente

Médica Endocrinóloga, Unidad Metabólica, Fundación Favaloro, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

La prevalencia de la obesidad en adultos mayores (≥ 60 años) ha alcanzado niveles críticos del 42%, representando un desafío para la salud pública por su asociación con discapacidad, mortalidad y fragilidad. Con el envejecimiento, la composición corporal cambia, aumentando la adiposidad visceral y disminuyendo la masa muscular, lo que da lugar a un fenotipo con mayor riesgo cardiometabólico conocido como obesidad sarcopénica. El manejo clínico debe trascender la edad cronológica, priorizando el estado funcional y la salud biológica del paciente.

La evaluación debe ser integral, analizando comorbilidades, fragilidad mediante escalas validadas (Fried, Edmonton) y evaluación antropométrica. Es fundamental diagnosticar la obesidad sarcopénica mediante la medición de la fuerza muscular (presión manual o prueba de levantarse de la silla) y la cuantificación de la masa magra (DXA o BIA).

La indicaciones de tratamiento son las mismas que la población general, pero teniendo en cuenta algunas precauciones. Según los estándares de la ADA, el tratamiento farmacológico se indica con un IMC ≥ 30 kg/m² o ≥ 27 kg/m² ante complicaciones como prediabetes, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensión, enfermedad cardiovascular establecida, insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada, esteatohepatitis, apnea del sueño u osteoartritis.

A pesar de que los adultos mayores suelen estar subrepresentados en los ensayos clínicos, la evidencia de los estudios pivotaes sobre la eficacia de los fármacos en el descenso de peso es contundente:

- Orlistat (XENDOS). Pérdida del 3-5%; requiere vigilar la hidratación y suplementar vitaminas liposolubles para proteger la salud ósea y muscular
- Naltrexona/Bupropión (COR). Pérdida del 5%; útil en hambre emocional, pero requiere cautela por el riesgo de efectos neuropsiquiátricos como agitación e insomnio
- Liraglutida (SCALE/LEADER). Pérdida del 8% y reducción del 34% en MACE en individuos ≥ 75 años.
- Semaglutida (STEP/SELECT). Pérdida del 16% y una reducción del 20% en MACE.
- Tirzepatida (SURMOUNT/SUMMIT). Pérdida del 21% y una reducción del 38% en eventos de insuficiencia cardíaca.

Las precauciones incluyen: evaluar interacciones por polifarmacia, titulación gradual, hidratación óptima y un aporte proteico de 1,2 a 1,5 g/kg/día junto con ejercicios de fuerza individualizados para preservar masa muscular y autonomía.

La edad avanzada no es una contraindicación para la farmacoterapia. Los beneficios cardiometabólicos son evidentes siempre que se realice una evaluación continua de efectos adversos. No obstante, se requieren estudios a largo plazo dirigidos específicamente a la población de adultos mayores. El objetivo del tratamiento no es solo perder peso sino mejorar funcionalidad y calidad de vida.

Bibliografía

. Sundares S, Saliba S, Ziyadeh F, Mauer Y, Valencia WM. Managing obesity in older adults. Cleve Clin J Med. 2025;92(11):686-692. doi:10.3949/ccjm.92a.24094.

. Pharmacologic treatment of obesity in adults: Standards of care in overweight and obesity. BMJ Open Diabetes Res Care. 2025;13(2):e005729. doi:10.1136/bmjdr-2025-005729.

. Pendrey A, Sevilla-Martir J. Antiobesity medications for older adults—the new, the good, the bad, and the unknown. Obesity (Silver Spring). 2025;33(Suppl 1):57-73. doi:10.1002/oby.70029.

Palabras clave: obesidad; adulto mayor; fármacos.

SYMPOSIUM: A family-based approach to obesity

Coordinator: María Eugenia Andrés

Obesity in older adults: When to treat with medications.

Romina Clemente

Endocrinologist, Metabolic Unit, Favaloro Foundation, Autonomous City of Buenos Aires, Argentina

The prevalence of obesity in older adults (≥ 60 years) has reached critical levels of 42%, representing a public health challenge due to its association with disability, mortality, and frailty. With aging, body composition changes, increasing visceral adiposity and decreasing muscle mass, which gives rise to a phenotype with higher cardiometabolic risk known as sarcopenic obesity. Clinical management must transcend chronological age, prioritizing the patient's functional status and biological health.

Evaluation must be comprehensive, analyzing comorbidities, frailty using validated scales (Fried, Edmonton), and anthropometric assessment. It is essential to diagnose sarcopenic obesity by measuring muscle strength (handgrip or chair-stand test) and quantifying lean mass (DXA or BIA).

Treatment indications are the same as for the general population, but taking certain precautions into account. According to ADA standards, pharmacological treatment is indicated with a BMI ≥ 30 kg/m² or ≥ 27 kg/m² in the presence of complications such as prediabetes, type 2 diabetes, hypertension, established cardiovascular disease, heart failure with preserved ejection fraction, steatohepatitis, sleep apnea, or osteoarthritis.

Although older adults are often underrepresented in clinical trials, evidence from pivotal studies on the efficacy of drugs in weight loss is overwhelming:

- Orlistat (XENDOS): 3-5% weight loss; requires monitoring hydration and supplementing fat-soluble vitamins to protect bone and muscle health.

- Naltrexone/Bupropion (COR): 5% weight loss; useful in emotional eating, but requires caution due to the risk of neuropsychiatric effects such as agitation and insomnia.

Liraglutide (SCALE/LEADER): 8% weight loss and a 34% reduction in MACE in individuals ≥ 75 years.

- Semaglutide (STEP/SELECT): 16% weight loss and a 20% reduction in MACE.

- Tirzepatide (SURMOUNT/SUMMIT): 21% weight loss and a 38% reduction in heart failure events.

Precautions include: evaluating interactions due to polypharmacy, gradual titration, optimal hydration, and a protein intake of 1.2 to 1.5 g/kg/day along with individualized strength exercises to preserve muscle mass and autonomy.

Advanced age is not a contraindication for pharmacotherapy. Cardiometabolic benefits are evident as long as continuous evaluation of adverse effects is performed. However, long-term studies specifically targeting the older adult population are required. The goal of treatment is not only to lose weight but to improve functionality and quality of life.

Key words: obesity; adult mayo; drugs.