

## Suspensión de agonistas GLP-1 en el manejo de la obesidad: ¿cuándo y cómo hacerlo con criterio clínico?

### Discontinuation of GLP-1 agonists in obesity management: When and how to do it using clinical judgment?

Jorge Andrés Hernández Navas<sup>1a</sup>, Luis Andrés Dulcey Sarmiento<sup>2b</sup>, Juan Sebastián Therán León<sup>3c</sup>,  
Jaime Alberto Gómez Ayala<sup>4c</sup>, Yerson Javier Villamizar Beltrán<sup>5d</sup>

Señor Editor:

Los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1), como liraglutida y semaglutida, han transformado el abordaje farmacológico de la obesidad, gracias a su eficacia comprobada en la reducción ponderal, la mejora del perfil cardiometabólico y el control glucémico, incluso en pacientes sin diabetes. Su mecanismo de acción, que combina efectos sobre la saciedad, el vaciamiento gástrico y la homeostasis glucémica, ha sido validado por múltiples ensayos clínicos. No obstante, el uso extendido y sostenido de estos fármacos con fines exclusivamente metabólicos ha abierto una discusión necesaria sobre cuándo y cómo debe considerarse su suspensión en la práctica clínica (1).

Suspender un agonista del receptor GLP-1 no debe entenderse como una interrupción abrupta, sino como una fase planificada dentro de un proceso terapéutico integral. Esta decisión debe estar guiada por criterios clínicos bien establecidos. Un primer escenario en el que puede contemplarse la suspensión es cuando el paciente ha alcanzado una pérdida de peso clínicamente significativa ( $\geq 10\%$  del peso corporal inicial), sostenida por al menos seis a doce meses, y ha logrado adoptar cambios estables en el estilo de vida. En estas condiciones, una reducción gradual del fármaco puede plantearse, siempre que exista seguimiento médico riguroso para evitar la reganancia ponderal (1,2).

Un segundo escenario corresponde a la aparición de efectos adversos relevantes,

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5758-5965><sup>1</sup>  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9306-0413><sup>2</sup>  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4742-0403><sup>3</sup>  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1103-9598><sup>4</sup>  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-3482-6315><sup>5</sup>

<sup>a</sup> Universidad de Santander, Facultad de Medicina. Bucaramanga, Colombia.

Recibido: 3 de junio 2025  
Aceptado: 18 de julio 2025

<sup>b</sup> Universidad de Los Andes, Facultad de Medicina. Mérida, Venezuela.

<sup>c</sup> Universidad Autónoma de Bucaramanga, Facultad de Medicina. Bucaramanga, Colombia.

<sup>d</sup> Universidad Industrial de Santander, Facultad de Medicina. Bucaramanga, Colombia.

Autor de correspondencia: Dr. Jorge Andrés Hernández Navas  
E-mail: jorgeandreshernandez2017@gmail.com

como intolerancia gastrointestinal persistente, colelitiasis, pancreatitis, deterioro de la función renal o pérdida excesiva de masa magra. Aunque estos eventos son infrecuentes, su presencia debe motivar una reevaluación inmediata del tratamiento y, de ser necesario, la suspensión del mismo. En tercer lugar, cuando tras tres a seis meses de tratamiento a dosis terapéuticas no se ha logrado una pérdida de al menos el 5 % del peso corporal, se considera que el fármaco ha sido clínicamente ineficaz, lo cual justifica su retiro para evitar intervenciones inútiles y costos innecesarios (2).

Adicionalmente, el uso indefinido de agonistas de GLP-1 sin una estrategia de transición puede generar consecuencias clínicas y prácticas relevantes. Entre estas se incluyen el riesgo de dependencia farmacológica para el control del peso, la aparición de efectos adversos a largo plazo aún no completamente caracterizados, la desmotivación hacia intervenciones no farmacológicas, y una carga económica considerable tanto para el paciente como para el sistema de salud. Por ello, la planificación de la suspensión debe contemplar una transición segura, integrando otras alternativas farmacológicas o no farmacológicas según el perfil clínico del paciente (3,4).

En este contexto, pueden considerarse como opciones terapéuticas la combinación de naltrexona/bupropión de liberación prolongada en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario o antecedentes afectivos, el uso de orlistat en quienes presentan intolerancia a terapias centrales, o incluso la introducción de tirzepatida, un agonista dual GLP-1/GIP, que ha mostrado beneficios superiores en la pérdida de peso y el control glucémico en estudios recientes. En casos de obesidad refractaria o severa, la evaluación para cirugía bariátrica debe formar parte del arsenal terapéutico (4,5).

El mantenimiento del peso logrado tras la suspensión del fármaco depende, en gran medida, de la implementación de un modelo de atención continua, multidisciplinaria y centrada en el paciente. Este modelo debe integrar seguimiento médico regular, apoyo nutricional,

actividad física estructurada y acompañamiento psicológico. Solo de este modo se garantiza la consolidación de los logros obtenidos y se minimiza el riesgo de recaídas (5,6).

En conclusión, la decisión de suspender un agonista del receptor GLP-1 en el tratamiento de la obesidad debe basarse en criterios clínicos objetivos, abordarse desde una perspectiva individualizada y ejecutarse dentro de un plan terapéutico estructurado. Más que representar el final del tratamiento, esta etapa constituye una transición clave hacia el mantenimiento autónomo del peso y la consolidación de hábitos saludables. La experiencia clínica y la evidencia acumulada deben guiar este proceso con responsabilidad, sensatez y visión a largo plazo.

## REFERENCIAS

1. ElSayed NA, McCoy RG, Aleppo G, Balapattabi K, Beverly EA, Briggs Early K, et al. 8. Obesity and weight management for the prevention and treatment of Type 2 Diabetes: Standards of Care in Diabetes-2025. *Diabetes Care.* 2025;48(Suppl 1):S167-180.
2. Rodriguez PJ, Zhang V, Gratzl S, Do D, Goodwin Cartwright B, Baker C, et al. Discontinuation and reinitiation of dual-labeled GLP-1 receptor agonists among US adults with overweight or obesity. *JAMA Netw Open.* 2025;8(1):e2457349.
3. Grunvald E, Shah R, Hernaez R, Chandar AK, Pickett-Blakely O, Teigen LM, et al. AGA clinical practice guideline on pharmacological interventions for adults with obesity. *Gastroenterology.* 2022;163(5):1198-1225.
4. Abdel-Bary M, Brody A, Schmitt J, Prieto K, Wetzel A, Juo YY. Treating class 2-3 obesity with Glucagon-Like Peptide-1 Agonists: A 2-year real-world cohort study. *Diabetes Obes Metab.* 2025;27(6):3195-3200.
5. Umpierrez G, Pasquel FJ, Duggan E, Galindo RJ. Should we stop Glucagon-Like Peptide-1 Receptor agonists before surgical or endoscopic procedures? Balancing limited evidence with clinical judgment. *J Diabetes Sci Technol.* 2025;19(4):1128-1131.
6. Reiss AB, Gulzarov S, Lau R, Klek SP, Srivastava A, Renna HA, et al. Weight Reduction with GLP-1 Agonists and paths for discontinuation while maintaining weight loss. *Biomolecules.* 2025;15(3):408.