

OBESIDAD

Guía de Actuación Clínica en A. P.

AUTORES

Adelina Corbacho Godes

(Médico de familia) CS de Benicasim (Castellón)

Ariño Carlos Morillas

(Endocrinólogo) Servicio de Endocrino del Hospital Peset de Valencia

Clara Adsuara Pitarch

(Enfermera) Coordinadora de enfermería del CS Palleter de Castellón



1. INTRODUCCIÓN

La obesidad se define como un acúmulo excesivo de grasa corporal, que se traduce en un aumento del peso corporal. Desde el punto de vista de la Salud Pública es interesante considerar la relación existente entre composición corporal-adiposidad y la morbimortalidad a largo plazo. En la actualidad el grado de obesidad se establece con relación al índice de masa corporal (IMC), por ser este valor el que mejor correlación tiene con el porcentaje de grasa corporal (Tabla 1).

El riesgo de mortalidad se incrementa a partir de un valor del índice de masa corporal ($IMC = \text{peso en kg} / (\text{altura en m}^2)$) de 27'8 kg/m² para los hombres y de 27'3 kg/m² para las mujeres. Los valores para IMC superiores a 31'1 kg/m² en los hombres y 32'3 en las mujeres se asocian con una mayor mortalidad por todas las causas ¹.

2. EPIDEMIOLOGIA

La obesidad se considera como un factor de riesgo común a muchas enfermedades crónicas. Son muchos los estudios realizados en diversos países que han mostrado el aumento progresivo de la prevalencia de obesidad y de la asociación de la misma con diferentes alteraciones metabólicas. El estudio Framingham resalta el papel del peso corporal como factor de riesgo independiente para la cardiopatía isquémica y, al mismo tiempo, favorecedor de la aparición de hipertensión, disminución de lipoproteínas de alta densidad, disminución de la tolerancia a la glucosa y aumento de los niveles séricos de triglicéridos y colesterol ². En Europa la prevalencia media de obesidad es de 15'25 % para hombres y 17 % para mujeres³.

La elevada prevalencia de obesidad (13'4% de la población general entre 25 y 60 años tienen $IMC \geq 30$ kg/m², 11'5% en varones y 15'2% en mujeres) detectada en España y en nuestra comunidad supone que muchos ciudadanos presentan un

riesgo aumentado de discapacidad, morbilidad y mortalidad (especialmente por causas cardiovasculares) prematuras, debida a su sobrecarga ponderal^{4,5}. En España ha habido un incremento porcentual del 47% entre 1987 y 1995, este aumento se ha producido tanto en varones como en mujeres y ha afectado a todos los grupos de edad, siendo más manifiesto a mayor edad y en personas con bajo nivel de instrucción⁶.

Algunos autores han estimado que el coste directo de la obesidad en los países desarrollados puede representar alrededor del 5% del gasto sanitario, a lo que habría que añadir los costes derivados del consumo de productos de adelgazamiento, consultas médicas y enfermedades concomitantes⁷. En la actualidad la obesidad plantea el reto de encontrar estrategias preventivas y terapéuticas que sean eficaces para el gran número de individuos afectados⁸.

3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Uno de los principales escollos para evaluar la magnitud del problema ha sido la disparidad de criterios para definir la obesidad y sus distintos grados⁹, hasta la clasificación propuesta por la Sociedad Española para el estudio de la Obesidad (SEEDO) en 2000 (Tabla 1)¹⁰.

Tabla 1. Clasificación de la obesidad (Consenso Español (SEEDO), 2000)

Grado de Obesidad según IMC (kg/m ²)	
Sobrepeso I	25-26.9
Sobrepeso II	27-29.9
Obesidad grado I	30-34.9
Obesidad grado II	35-39.9
Obesidad grado III (mórbida)	≥ 40

En diversos estudios epidemiológicos, se ha observado un aumento de la morbilidad cardiovascular: duplicándose si su índice de masa corporal (IMC) ≥ 35 kg/m² y triplicándose en pacientes con obesidad mórbida (IMC ≥ 40 kg/m²).

Además la prevalencia de hipertensión y diabetes es tres veces superior en adultos con obesidad que en los de peso normal¹¹.

Otro aspecto a tener en cuenta a la hora de establecer unos criterios para definir la obesidad es el patrón de distribución del tejido adiposo. Se ha demostrado que la localización de la grasa representa un mayor riesgo para la salud que la cantidad absoluta de tejido graso. (Tabla 2)

Tabla 2. Valores de riesgo según la distribución de la grasa corporal (SEEDO, 2000)

	Hombres	Mujeres España	Mujeres Resto del mundo
Índice C/c	≥ 1	≥ 0'9	≥ 0'85
Cintura (cm)	≥ 102	≥ 90	≥ 88

Las modificaciones que existen entre los valores en el caso de las mujeres se deben a que las medidas en las mujeres españolas están tomadas de valores referidos al percentil 90

Se ha relacionado la distribución de la grasa corporal (Tabla 2) con diversas patologías, encontrando un predominio de grasa corporal central (obesidad androide o centrípeta) en HTA, DM tipo 2, hiperlipoproteinemia, accidentes vasculocerebrales (AVC), cardiopatía isquémica, síndrome de apneas del sueño (SAS), litiasis biliar, esteatosis hepática, algunos tipos de cáncer (mujer: vesícula biliar, mama, ovario y endometrio; hombre: próstata y colorectal)¹². Se ha demostrado que la obesidad androide está asociada a mayor riesgo cardiovascular ya que en ella aparecen con más frecuencia el hiperinsulinismo, la dislipemia y la hipertensión arterial¹³. Otras patologías relacionadas con la obesidad no se influyen con la distribución de la grasa corporal: hernia de hiato, insuficiencia venosa periférica, gonartrosis y patología osteoarticular.

4. VALORACIÓN DE LA OBESIDAD

Anamnesis

Imprescindible una historia clínica completa.

- Edad de inicio de la obesidad y la evolución del peso, así como posibles causas desencadenantes.
- Hábitos alimentarios del paciente. Efectuar por lo menos un registro alimentario de 24 horas (incluir preguntas acerca de picoteos entre comidas, ingesta de refrescos etc.)
 - Ejercicio físico que realiza en relación con tareas cotidianas como caminar, subir o bajar escaleras, ir a comprar, barrer, etc) o ejercicio físico programado.
 - Historia de anteriores intentos de perder peso
 - Patologías coadyuvantes presentes en el paciente que aumentan la morbilidad: hipertensión, artrosis, diabetes, enfermedades cardiovasculares..

Exploración física y complementarias

- Determinación del peso, procurando pesar siempre al paciente a la misma hora, sin zapatos y en ropa interior.
- Determinación de la talla en las mismas condiciones que la pesada
- Determinación del IMC
- Determinación de TA
- Determinación de las circunferencias: podemos valorar el índice cadera/cintura (C/C) aunque la circunferencia sola de la cintura es más homogénea en ambos sexos y podemos determinarla como parámetro único sin tener necesidad de hallar el cociente
- Analítica general: hemograma, glucemia basal (si hay dudas, está justificada la petición de glucemias postprandiales), perfiles hepático, renal, lipídico y uratos. La TSH se solicitará cuando sea necesario valorar posibles alteraciones tiroideas.

Aunque hay más pruebas diagnósticas no procede comentarlas ya que no son de uso en Atención Primaria sino que son empleadas por Especialistas.

5. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Captación de la población

1. Derivaciones del Médico de familia a la consulta de enfermería tras haber hecho una evaluación de la obesidad del paciente y haberle solicitado una analítica (con los parámetros ya comentados anteriormente) si hay que descartar obesidad secundaria a patología o factores de riesgo asociados)

2. Desde la consulta de enfermería pediátrica, mediante el control de las madres y su valoración, además de la valoración de los niños. Es importante también el control del peso de los niños. (“Un paciente no se levanta un día siendo obeso, antes pasa durante mucho tiempo por un periodo de sobrepeso importante”)

3. Desde la consulta de enfermería en general ya que la mayor parte de pacientes que se controlan por otros motivos (DM, HTA..) son pacientes obesos.

Objetivos

- Responsabilizar al propio paciente de su salud proporcionándole conocimientos para que consiga vencer su sobrepeso.
- Estabilizar el estado de los pacientes que están siendo tratados por procesos en los que la obesidad es un factor negativo.
- Modificar los hábitos alimenticios.

6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA

Los criterios adecuados de inclusión pensamos que deben de ser los siguientes:

1. Pacientes con un IMC > 25.
2. Pacientes incluidos en programas de salud en donde la obesidad influye negativamente.

7. PROTOCOLO A SEGUIR POR ENFERMERÍA

1ª visita:

- A)** Abrir la historia Clínico-Social del paciente
- B)** Según criterio sobrepeso u obesidad (IMC > 25)

Abrir ficha de seguimiento del paciente

Derivación del paciente a la consulta médica para valoración de factores de riesgo.

Solicitud de estudios complementarios si existen factores de riesgo asociados:

- Hematimetría
- Glucemia
- Uratos
- Perfil lipídico, renal y hepático
- Orina

- C)** Consulta de Enfermería: hacer apoyo a nivel de
 - educación sanitaria
 - dieta
 - apoyo psicológico
 - seguimiento del paciente
- D)** Encuesta sobre hábitos alimentarios

2ª visita: a los 15 días

- A) Seguimiento controles
- B) Evaluación de la primera consulta de enfermería
- C) Recogida encuesta
- D) Apoyo psicológico del paciente

3ª visita: al mes

- A) Seguimiento controles
- B) Evaluación de la consulta anterior
- Control mensual, durante 6 meses.
- Control cada 2 meses, durante 6 meses siguientes.

Al año pasar encuesta de nuevo al paciente para evaluar la efectividad de la intervención y comprobar la modificación de los hábitos del paciente

8. TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Esta basado fundamentalmente en 3 puntos ¹⁵:

• Dieta

Es recomendable que los familiares del paciente estén implicados en los cambios dietéticos del paciente para favorecer la adhesión del paciente a la dieta.

Grado A, nivel Ib.

Esta recomendación está basada en la evidencia y las ventajas que se observan cuando la familia está cerca del paciente a la hora de las modificaciones dietéticas que se deben de establecer.

Se recomienda aplicar los principios dietéticos básicos en todos los pacientes con sobrepeso y obesos que entran en un programa de pérdida de peso.

Grado B, nivel IIb

Esta recomendación surge a partir de los resultados de múltiples ensayos clínicos realizados. El plan dietético consiste en una reducción de la ingesta calórica de aproximadamente 600 calorías al día. Se puede aplicar la misma dieta aunque sin la restricción calórica a todos los miembros de la familia por encima de 2 años.

- **Actividad física**

Se recomienda un plan que incremente la actividad física en todos los pacientes que estén llevando a cabo un proyecto para disminuir su peso.

Grado A, nivel Ib

La combinación de dieta y ejercicio es mucho más eficiente que cualquiera de los dos métodos solos para favorecer la pérdida de peso.

- **Terapia conductual**

Se recomienda el empleo de técnicas de modificación de conducta de manera rutinaria en todos los pacientes.

Grado A, nivel Ib

- **Farmacoterapia:** indicado su empleo en pacientes a partir de un IMC de 27 kg/m², con factores de riesgo asociados y en los que no se consiguen resultados satisfactorios tras 6 meses de tratamiento. Los únicos fármacos cuyo empleo está suficientemente acreditado son: inhibidores de la recaptación de serotonina (fluoxetina y sertralina), inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina como sibutramina (acción anorexígena y aumento de termogénesis) e inhibidores de la lipasa pancreática como orlistat.

- **Cirugía:** En pacientes con IMC a partir de 35 kg/m², con factores de riesgo asociados o en pacientes a partir de un IMC de 40 kg/m² en cualquier caso.

Guía para seleccionar el tratamiento adecuado

TRATAMIENTO	Categoría de IMC				
	25 - 26.9	27 - 29.9	30 - 34.9	35 - 39.9	≥ 40
Dieta, actividad física y terapia conductual	Con comorbilidad asociada	Con comorbilidad asociada + 6 meses de ito	+	+	+
Farmacoterapia		Con comorbilidad asociada	+	+	+
Cirugía				Con comorbilidad asociada	

- **Prevención** acerca de la posible ganancia de peso en pacientes con IMC ≥ 25 kg/m² incluso sin comorbilidad asociada. Pacientes con IMC entre 25 – 29.9 kg/m² o un índice cintura elevado, no se requiere tampoco nada mas que consejo dietético salvo que presenten 2 o más factores de riesgo asociados.

Los pacientes con IMC $< 25 \text{ kg/m}^2$ tan solo precisan de consejo dietético si sus hábitos no son correctos

- Terapia combinada entre dietas hipocalóricas, aumento de la actividad física y terapia conductual, intentando la pérdida y mantenimiento de la pérdida de peso obtenidas

- Considerar la posibilidad de asociar farmacoterapia solo si el paciente no ha obtenido una pérdida de peso entre el 5-10% de su peso corporal en 6 meses.

- (+) representa el uso de esas medidas en todos los casos y de manera asociada

9. CRITERIOS DE INTERCONSULTA

- Paciente con un IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ con factores de riesgo asociados, supondría la derivación a especialista.

- Pacientes con IMC $>35 \text{ kg/m}^2$ con factores de riesgo asociados derivación a Unidad Hospitalaria Multidisciplinar para tratamiento adecuado.

- Pacientes con IMC $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ directamente a una Unidad Multidisciplinar Hospitalaria

A partir de ahí, en las Unidades Hospitalarias Multidisciplinares se valorará el caso del paciente y se decidirá la pauta de tratamiento más adecuado a realizar que en casi todos los casos suele ser la cirugía

10. CRITERIOS DE INTERVENCIÓN TERAPEUTICA Y TRATAMIENTO

El tratamiento de la obesidad debe de ser personalizado y adaptado a las características y a las comorbilidades que presente el paciente.

De hecho, se ha demostrado que la pérdida moderada de peso corporal (5-10 %) puede conseguir una importante mejoría en esa comorbilidad asociada a la obesidad y en la calidad de vida de los pacientes obesos grados I y II.

La principal prioridad en el manejo de la obesidad debe de ser el mantenimiento del peso y las pérdidas moderadas de peso antes que la consecución de un peso ideal.

Grado C, nivel IV

Los criterios de intervención que se comentan a continuación son los más adecuados según la SEEDO'2000:

- IMC < 22 Kg/m²: jamás está justificada la intervención en estos pacientes. Si sus hábitos alimentarios son incorrectos se le pueden dar consejos de salud adecuados.

- IMC entre 22 y 24.9 Kg/m²: en esta franja de IMC no está indicada la intervención para disminuir el peso corporal excepto la existencia de un peso inestable con un aumento progresivo e importante en un período relativamente corto de tiempo (más de 5 kilos en un año).

- IMC entre 25 y 26.9 Kg/m² o Sobrepeso grado I: obligada la visita médica y la valoración. Sin factores de riesgo la intervención no está justificada.

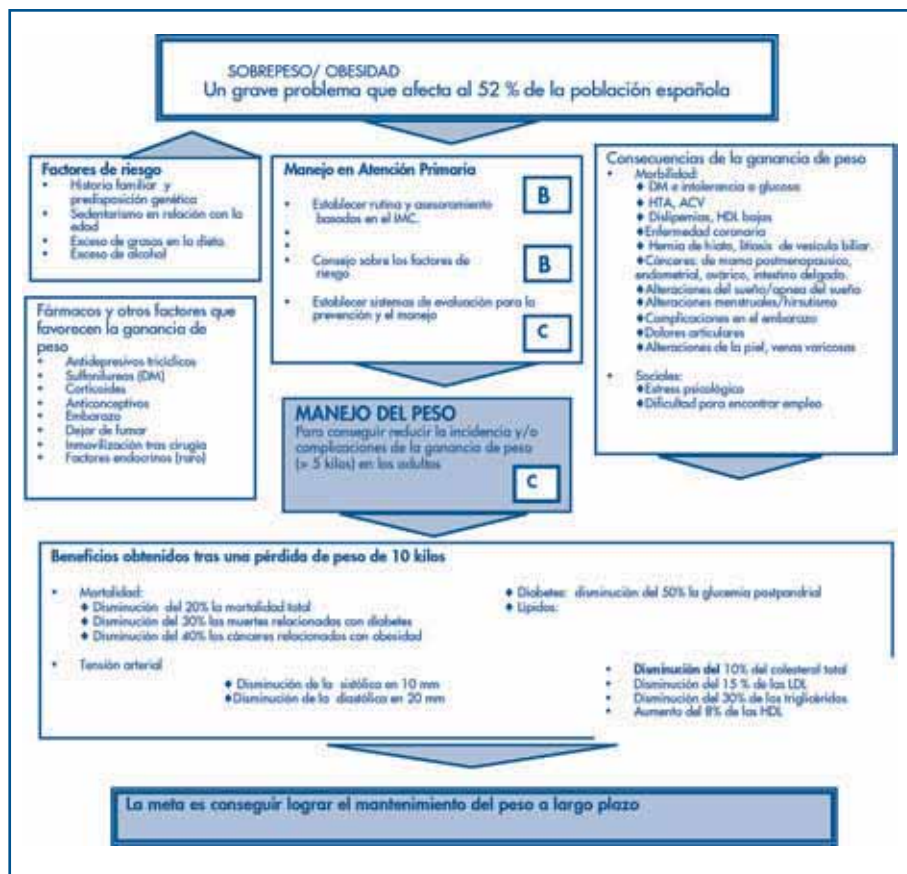
- IMC entre 27 y 29.9 Kg/m² o Sobrepeso grado II: visita médica y valoración obligadas. Si factores de riesgo, intervención, con el objetivo de perder un 5-10% del peso y mantener estable este nuevo peso. Si con las medidas aceptadas no se consiguen resultados en 6 meses puede estar justificado el empleo de fármacos.

- IMC entre 30 y 34.9 Kg/m² u Obesidad grado I: se requiere visita y tratamiento médico. Tratamiento y valoración de comorbilidades asociadas. Esfuerzo común para conseguir en un plazo de aproximadamente 6 meses la reducción de un 10% del peso.

- IMC entre 35-39.9 Kg/m² u Obesidad grado II: estrategia terapéutica similar al caso anterior, aunque se debería intentar una pérdida de peso superior al 10% del peso corporal. Si no se consigue el paciente puede ser susceptible de ser derivado a una unidad multidisciplinaria hospitalaria para estudiar y valorar otras posibles medidas.

- IMC ≥ 40 Kg/m² u Obesidades III y IV: la pérdida de peso requerida sólo sería posible mediante cirugía bariátrica. Estos pacientes deben de ser siempre remitidos a una unidad de estas características.

PUNTOS CLAVE



MANEJO DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA. (Grado C, nivel IV)

A, B, C son los grados de recomendación

Imprescindible para valorar a un paciente obeso

- Determinación del IMC y tensión arterial.
- Edad de inicio de la obesidad, evolución del peso y posibles causas desencadenantes.
- Hábitos alimentarios del paciente.
- Ejercicio físico que realiza
- Historia de anteriores intentos de perder peso
- Factores de riesgo asociados: hipertensión, artrosis, diabetes, enfermedades cardiovasculares..

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Dwyer J.: Policy and healthy weight. *Am. J. Clin. Nutr.* 1996; 63 (Suppl): 415S-418S.
2. Kannel WB, D'Agostino RB, Cobb J. Effect of weight on cardiovascular disease. *Am. J. Clin. Nutr.* 1996; 63 (Suppl): 445S-447S.
3. Deurenberg P, Yap M. The assessment of obesity: methods for measuring body fat and global prevalence of obesity. *Clin. Endocrinol. Metabol.* 1999; 13(1): 1-11.
4. Aranceta J, Perez C, Serra L, Ribas L, Quiles J, Vioque J, Foz M. Prevalencia de la obesidad en España: Estudio SEEDO'97. *Med Clin (Barc)* 1998, 111: 441-445.
5. Quiles J, Vioque J. Prevalencia de la obesidad en la Comunidad Valenciana. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 529-533.
6. Gutierrez-Fisac JL. Aumento de la prevalencia de obesidad en España. *Nutrición y Obesidad.* 1998; 1: 213-215.
7. Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief. Estudio prospectivo Delphi. Costes sociales y económicos de la obesidad y sus patologías asociadas (hipertensión, hiperlipidemias y diabetes) Madrid: NILO Industria Gráfica S.A., 1999; 13-23.
8. VanItallie ThB. Worldwide epidemiology of obesity. *PharmacoEconomics* 1994; 5 (Suppl) 1: 1-7.
9. Stevens J, Cai J, Pamur ER, Williamson DF, Thun MJ, Wood JL. The effect of the age on the association between body-mass index and mortality. *New Engl. J. Med.* 1998; 338: 1-7.
10. Stern M. Epidemiology of obesity and its link to heart disease. *Metabolism* 1995; 44: 1-3.
11. Sociedad Española de Arterioesclerosis, Sociedad Española de Medicina Interna, Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial. Documento Conjunto para la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular. Madrid, 1993; 43-44.
12. Monereo S, Durán M, Elviro R, Alvarez J. Epidemiología de la Obesidad. En: Moreno B, Monereo S, Alvarez J. *Obesidad. Presente y futuro.* Madrid: Grupo Aula Médica S.A., 1997; 85-94.
13. Sociedad Española para el estudio de la Obesidad (SEEDO). Consenso SEEDO'2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Nutrición y Obesidad* 2000; 3: 285-299.
14. National Institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute. North American association for the Study of Obesity."The Practical Guide. Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults" N°: 00-4084, 2000

15. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) "Obesity in Scotland. Integrating Prevention with Weight Management. A National Clinical Guideline recommended for use in Scotland" 1996.

16. The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Minister of Supply and Services. Canada, 1994

Artículos de especial interés

4. Aranceta J, Perez C, Serra L, Ribas L, Quiles J, Vioque J, Foz M. Prevalencia de la obesidad en España: Estudio SEEDO'97. Med Clin (Barc) 1998; 111: 441-445.

5. Quiles J, Vioque J. Prevalencia de la obesidad en la Comunidad Valenciana. Med Clin (Barc) 1996; 106: 529-533.

10. Sociedad Española para el estudio de la Obesidad (SEEDO). Consenso SEEDO'2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Nutrición y Obesidad 2000; 3: 285-299.

14. National Institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute. North American association for the Study of Obesity."The Practical Guide. Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults" Nº: 00-4084, 2000

15. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) "Obesity in Scotland. Integrating Prevention with Weight Management. A National Clinical Guideline recommended for use in Scotland" 1996.

Las definiciones de los tipos de evidencia y la gradación de las recomendaciones usadas provienen de la US Agency for Health Care Policy and Research.

Tipo de Evidencia

Ia Evidencia obtenida por metaanálisis o ensayos clínicos aleatorizados controlados

Ib Evidencia obtenida de, al menos, un ensayo clínico aleatorizado controlado

Ila Evidencia obtenida de, al menos, un ensayo clínico bien diseñado con grupo control sin aleatorización.

IIb Evidencia obtenida de al menos un estudio cuasi-experimental bien diseñado.

III Evidencia obtenida de estudios analíticos de cohortes o de casos controles

IV Opiniones de reconocidos expertos, basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos

Grado de las recomendaciones

A. Existe una buena evidencia que justifica que la actividad sea específicamente recomendada (niveles de evidencia Ia, Ib)

B. Existe suficiente evidencia para que la actividad sea recomendada (niveles de evidencia Ila, I Ib, III)

C. Existe pobre evidencia para que la actividad sea recomendada (nivel de evidencia IV)

ALGORITMO: MANEJO DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA (Grado C, nivel IV)

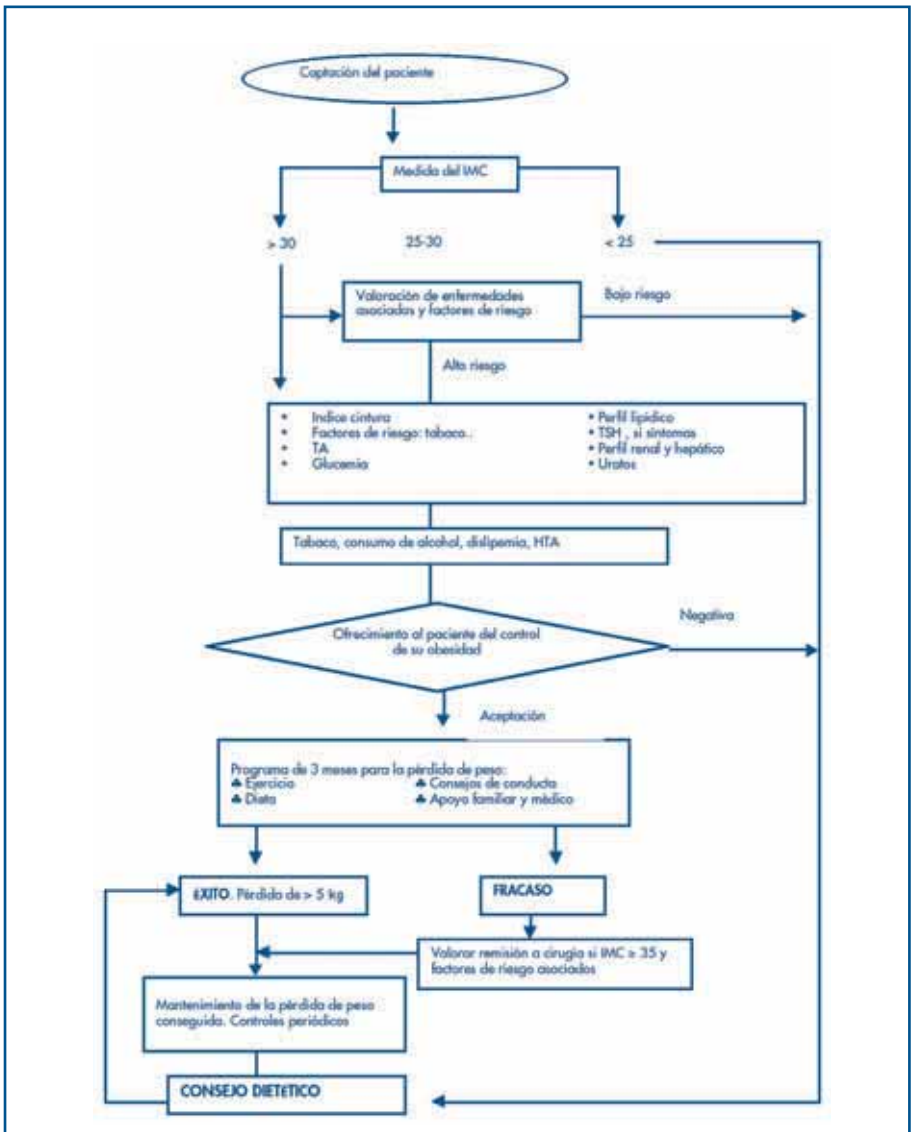


Tabla 3. ENCUESTA DE HÁBITOS ALIMENTARIOS

1. HORARIO DE COMIDAS

REGULAR

IRREGULAR

2. Número de COMIDAS que realiza

2

3

4

5

3. ¿COCINA USTED?

SI

NO

4. ¿COME FUERA DE CASA?

SI

NO

5. ¿COME ENTRE HORAS?

SI

NO

6. ¿HA RECIBIDO EDUCACIÓN SANITARIA SOBRE ALIMENTACIÓN?

SI

NO

7. ¿HA SEGUIDO ALGUNA DIETA alguna vez?

SI

NO

Si la respuesta es si

¿Bajo control médico?

SI

NO

8. ¿HACE HABITUALMENTE ALGÚN TIPO DE EJERCICIO?

SI

NO

9. ¿VA AL TRABAJO A PIE?

SI

NO

10. ¿VIENE MOTIVADO A LA CONSULTA?

SI

NO



OBESIDAD

La obesidad se define como un acumulo excesivo de grasa corporal, que se traduce en un aumento del peso corporal.

DIAGNÓSTICO

En la actualidad el grado de obesidad se establece con relación al índice de masa corporal (IMC), por ser este valor el que mejor correlación tiene con el porcentaje de grasa corporal.

Grado de Obesidad según IMC (kg/m²)

Sobrepeso I	25-26.9
Sobrepeso II	27-29.9
Obesidad grado I	30-34.9
Obesidad grado II	35-39.9
Obesidad grado III (mórbida)	≥ 40

En la valoración del paciente obeso son imprescindibles:

- Determinación del IMC y tensión arterial.
- Edad de inicio de la obesidad, evolución del peso y posibles causas desencadenantes.
- Hábitos alimentarios del paciente.
- Ejercicio físico que realiza
- Historia de anteriores intentos de perder peso
- Factores de riesgo asociados: hipertensión, artrosis, diabetes, enfermedades cardiovasculares.

CRITERIOS DE INTERCONSULTA

- Paciente con un IMC ≥ 30 kg/m² con factores de riesgo asociados, supondría la derivación a especialista.
- Pacientes con IMC >35 kg/m² con factores de riesgo asociados derivación a Unidad Hospitalaria Multidisciplinar para tratamiento adecuado.
- Pacientes con IMC ≥ 40 kg/m² directamente a una Unidad Multidisciplinar Hospitalaria

TRATAMIENTO

El tratamiento de la obesidad debe de ser personalizado y adaptado a las características y a las comorbilidades que presente el paciente.

La principal prioridad en el manejo de la obesidad debe de ser el mantenimiento del peso y las pérdidas moderadas de peso antes que la consecución de un peso ideal. Grado C, nivel IV

- IMC < 22 Kg/m²: no requiere intervención.
- IMC entre 22 y 24.9 Kg/m²: solo esta indicada la intervención ante la existencia de un peso inestable con aumento más de 5 kilos en un año.
- IMC entre 25 y 26.9 Kg/m² o Sobrepeso grado I: obligada la visita médica y la valoración. Sin factores de riesgo la intervención no está justificada.
- IMC entre 27 y 29.9 Kg/m² o Sobrepeso grado II: visita médica y valoración obligadas. Si factores de riesgo, intervención, con el objetivo de perder un 5-10% del peso y mantener estable este nuevo peso. Si con las medidas aceptadas no se consiguen resultados en 6 meses puede estar justificado el empleo de fármacos.
- IMC entre 30 y 34.9 Kg/m² u Obesidad grado I: se requiere visita y tratamiento médico. Tratamiento y valoración de comorbilidades asociadas. Esfuerzo común para conseguir en un plazo de aproximadamente 6 meses la reducción de un 10% del peso.
- IMC entre 35-39.9 Kg/m² u Obesidad grado II: estrategia terapéutica similar al caso anterior, aunque se debería intentar una pérdida de peso superior al 10% del peso corporal. Si no se consigue el paciente puede ser susceptible de ser derivado a una unidad multidisciplinaria hospitalaria para estudiar y valorar otras posibles medidas.
- IMC ≥ 40 Kg/m² u Obesidades III y IV: la pérdida de peso requerida sólo sería posible mediante cirugía bariátrica. Estos pacientes deben de ser siempre remitidos a una unidad de estas características.



MANEJO DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

