

GRUPO DE TRABAJO PRIMERA ATENCIÓN EN OBESIDAD DE LA SEEDO



**SEEDO**

Sociedad Española de Obesidad

# VALORACIÓN INICIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL PACIENTE CON OBESIDAD

## ABORDAJE PROACTIVO INTENSIVO PRECOZ Y OPORTUNISTA

Coordinadora

Dra. **Ana Piera Carbonell**

Autores

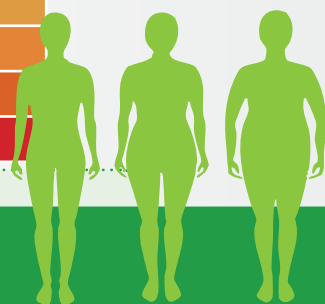
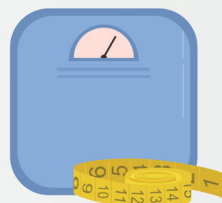
Dres. **Ana Piera Carbonell, Juan Víctor González Alfaro, Daniel Escribano Pardo, Paula Urones Cuesta, Lourdes Carrillo Fernández, María del Pilar Rodríguez Martínez, Setefilla Torrent Cruz, Violeta Ramírez Arroyo, Mercè Villaró Gabarrós, Gabriel Cuatrecasas Cambra, José Luis Mora Castaño, Cristobal Morales Portillo**

En nombre del Grupo de Trabajo primera atención en obesidad de SEEDO



## Clasificación SEEDO

Categoría	Masa corporal (kg/m <sup>2</sup> )
Peso insuficiente	<18,5
Normopeso	18,5–24,5
Sobrepeso grado 1	25–26,9
Sobrepeso grado 2 (preobesidad)	27–29,9
Obesidad grado 1 (leve)	30–34,9
Obesidad grado 2 (moderada)	35–39,9
Obesidad grado 3 (mórbida)	40–49,9
Obesidad grado 4 (extrema)	≥50



### Criterios diagnósticos

- ▶ **IMC 30 kg/m<sup>2</sup> o**
- ▶ **Sobrepeso con un IMC entre 25 y <30 kg/m<sup>2</sup> y presencia simultánea de:**
  - ◆ Índice cintura/altura ≥0,5 con complicaciones médicas, funcionales o psicológicas
  - ◆ Trastornos de salud relacionados (ej. hipertensión, diabetes tipo 2)
  - ◆ Obesidad abdominal o
  - ◆ Enfermedades agravadas por la obesidad

## Antropometría

Índice cintura/altura



Perímetro de cintura (cm)

Índice cintura/cadera



Índice cintura/talla



Índice de masa corporal



## Composición corporal

(BIA, DXA, Bod-pod, TC, RM, espectroscopia de resonancia, ecografía)

- ▶ Masa grasa (%)
- ▶ Masa libre de grasa (%)
- ▶ Agua corporal
- ▶ TAV (cm<sup>2</sup>)
- ▶ Tejido adiposo epicárdico
- ▶ Grasa hepática

### Fórmulas

- ◆ CUN-BAE-% masa grasa
- ◆ Índice de grasa visceral (VAI)
- ◆ Índice de adiposidad disfuncional (DAI)



**BIA:** bioimpedancia • **CUN-BAE:** Clínica Universidad de Navarra-Estimador de Adiposidad Corporal • **DXA:** densitometría • **IMC:** índice de masa corporal • **RM:** resonancia magnética • **TAV:** tejido adiposo visceral • **TC:** tomografía computarizada

**Salud mental**

Cuestionario SF36, EQ5d.  
Escala depresión PHQ9,  
escala de ansiedad GAD7.  
*Screening* de trastorno de  
conducta alimentaria SCOFF

**Metabólicas**

Gluc, HbA1c, SOG,  
MCG (valorar variabilidad glucémica),  
insulinemia, HOMA-IR.  
Descartar DM, preDM

**Nefrourológicas**

Enfermedad renal:  
albuminuria, FG.  
Incontinencia urinaria,  
disfunción sexual

**Dislipemia**

Perfil lipídico  
completo y Lp(a)

**Cardiológicas**

Clínica de IC, CI,  
palpitaciones.  
proBNP, ECG +/-  
ecocardiograma,  
Holter 24,  
ecografía vascular

**Neurológicas**

Anamnesis y  
exploración

**Hipertensión  
arterial**

AMPA y MAPA.  
Descartar HTA  
enmascarada y  
patrón no *dipper*/  
*riser*

**Digestivas**

ERGE,  
hernia hiato...

**Ginecológicas**

Prolapso cervical,  
SOP, infertilidad...

**Osteoarticulares**

EF y EVA

**Respiratorias**

Espirometría y  
test de Epworth  
+/- polisomnografía

**Enfermedad hepática  
metabólica**

PFH, Eco, FIB4 +/-  
fibrosan

¡Descartar lesión subclínica asociada!

AMPA: automedida de la presión arterial • CI: cardiopatía isquémica • DM: diabetes mellitus • ECG: electrocardiograma • EF: exploración física • EQ5D: EuroQol • ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico • EVA: escala visual analógica • FG: filtración glomerular • FIB4: índice de fibrosis hepática 4 • GAD7: escala de ansiedad generalizada • HbA1c: hemoglobina glicosilada • HOMA-IR: Homeostatic Model Assessment for Insulin Resistance • HTA: hipertensión arterial • IC: insuficiencia cardíaca • Lp(a): lipoproteína a • MAPA: monitorización ambulatoria de la presión arterial • MCG: monitorización continua de la glucemia • PFH: pruebas de función hepática • PHQ9: cuestionario sobre la salud del paciente • proBNP: propéptido natriurético cerebral • SF36: The Short Form-36 Health Survey • SCOFF: Sick, Control, Out weight, Fat, Food • SOG: sobrecarga oral de glucosa • SOP: síndrome del ovario poliquístico • TC: tomografía computarizada

# 03

## VALORACIÓN FUNCIONAL. DESCARTAR SARCOPENIA Y/O FRAGILIDAD



Eco muscular

Dinamometría

Índice de fragilidad

Test de la marcha

Test de sentadillas



# 04

## VALORACIÓN PSICOLÓGICA



- ✓ Cuestionario **SF36**
- ✓ Cuestionario **EQ5d**
- ✓ Escala de depresión **PHQ9**
- ✓ Escala de ansiedad **GAD7**

- ✓ *Screening* de trastorno de conducta alimentaria **SCOFF**
- ✓ Cuestionario **DEBQ** de conductas alimentarias
- ✓ Cuestionario **MOS-SSS** de apoyo social



# 05

## VALORACIÓN DE CONDICIONANTES SOCIOLABORALES Y ECONÓMICOS



# 06

## PLAN TERAPÉUTICO INDIVIDUALIZADO

### Toma de decisiones compartidas

- ▶ Plan de **alimentación**
- ▶ Plan de **ejercicio físico**
- ▶ Esquema **terapéutico farmacológico** ajustado a comorbilidades
- ▶ Control exhaustivo de **comorbilidades** asociadas

# 07

## PERIÓDICAMENTE

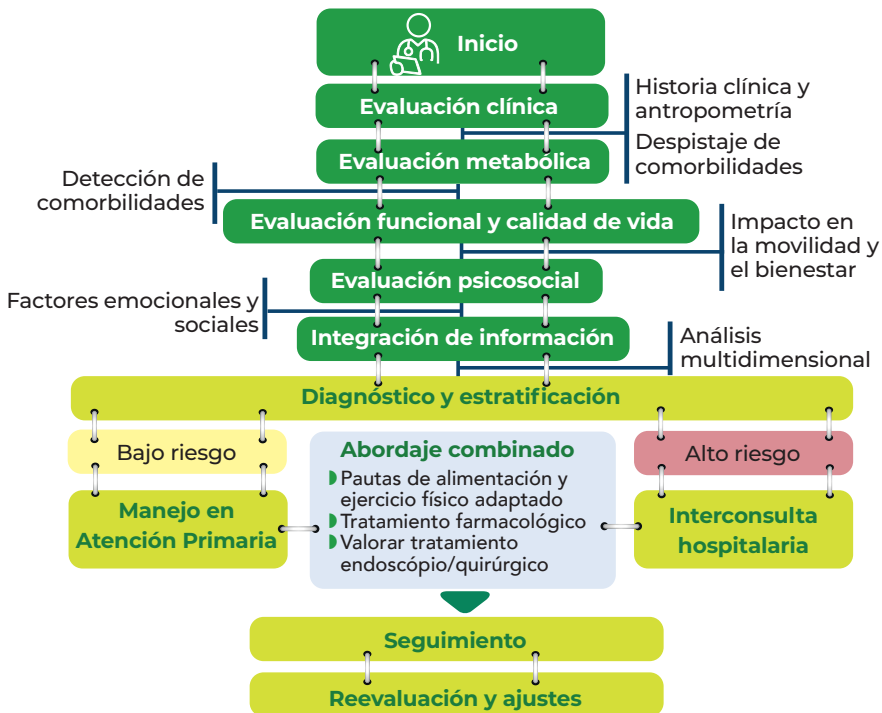
Al inicio a las 2-4 semanas

→ mes → 3/6 meses

### Conjuntamente con enfermería

- ▶ Revisar **adherencia** y **cumplimentación**
- ▶ Revisar **consecución/optimización** de **objetivos** de control pactados
- ▶ Valorar **interconsultas** con otros profesionales si precisa

# ALGORITMO DE VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE CON OBESIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA



## DEFINICIÓN POR ESTADIO

<b>Estadio 0</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ No hay factores de riesgo, enfermedades ni síntomas físicos relacionados con la obesidad</li> <li>▶ No hay síntomas psicológicos</li> <li>▶ No hay limitaciones funcionales</li> </ul>
<b>Estadio 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Presencia de enfermedades SUBCLÍNICAS relacionadas con la obesidad (pre-hipertensión, glucosa alterada en ayuno, elevación de enzimas hepáticas, etc.)</li> <li>▶ Síntomas psicológicos relacionados con la obesidad o deterioro LEVE del bienestar (síntomas leves de depresión, ansiedad, atracones ocasionales, calidad de vida no afectada)</li> <li>▶ Limitación funcional LEVE y síntomas físicos LEVES (disnea de medianos esfuerzos, dolores ocasionales, fatigas, etc.)</li> </ul>
<b>Estadio 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Presencia de enfermedades relacionadas con la obesidad (hipertensión, diabetes tipo 2, síndrome de apnea obstructiva del sueño, osteoartritis, ERGE, SOP, etc.)</li> <li>▶ Moderados síntomas psicológicos relacionados con la obesidad (depresión, ansiedad o trastorno de conducta alimentaria)</li> <li>▶ Moderadas limitaciones funcionales en actividades de la vida diaria (la calidad de vida empieza a verse afectada)</li> </ul>
<b>Estadio 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Significativo daño a órgano blanco relacionado con la obesidad (infarto agudo al miocardio, insuficiencia cardíaca, complicaciones de la diabetes, artrosis incapacitante)</li> <li>▶ Significativos síntomas psicológicos relacionados con la obesidad o deterioro del bienestar (depresión mayor, ideación suicida, calidad de vida afectada)</li> <li>▶ Significativa limitación funcional (incapacidad para trabajar o completar actividades habituales, movilidad reducida)</li> </ul>
<b>Estadio 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Grave discapacidad por comorbilidad relacionada con la obesidad (potencialmente en etapa terminal)</li> <li>▶ Síntomas psicológicos muy incapacitantes</li> <li>▶ Limitaciones funcionales graves</li> </ul>



## OBJETIVO

Modificación de la composición corporal con pérdida de masa grasa y conservación o aumento de masa magra, así como mejora de los indicadores metabólicos y de salud del paciente.

El plan de alimentación debe individualizarse, respetando las preferencias y el estilo de vida del paciente, y estar orientado a una adherencia a largo plazo.



## PLAN DE ALIMENTACIÓN



1. Disminución de las porciones



2. Aumentar el consumo de frutas, verduras, granos integrales, proteínas magras y legumbres



3. Evitar picotear entre comidas, masticar bien y en porciones pequeñas



4. Agua como bebida principal evitando bebidas azucaradas



5. Evitar alimentos *light* y ultraprocesados



6. Planificar las comidas semanalmente



7. Técnicas de cocinado saludable como al horno, a la plancha, al vapor, hervido o en papillote

## TIPOS DE DIETA MÁS COMUNES

### ► Mediterránea



Priorizar consumo de alimentos de origen vegetal, legumbres, cereales integrales y frutos secos. Las carnes y los pescados se priorizarán los magros. Aceite de oliva virgen extra como fuente de grasa principal.

### ► Atlántica



Alto consumo de pescado, marisco, cereales integrales, patatas, legumbres, frutas, verduras y lácteos. Incluye carne magra, huevos y aceite de oliva virgen extra.

### ► DASH



Alimentación baja en sodio y rica en potasio, magnesio y calcio. Consumo de fruta, verdura, cereales integrales, lácteos bajos en grasa, carne magra y frutos secos.

### ► Baja en carbohidratos



Limitar consumo de carbohidratos a 50–130 g/día y aumentar proteínas y grasas saludables.

### ¡Recuerda!

El plan de alimentación debe ser individualizado, ajustado al gusto del paciente y supervisado por un profesional sanitario

# RUTA ASISTENCIAL DE ABORDAJE PROACTIVO DE LA OBESIDAD

## Entorno comunitario y familiar

### Prevención y detección temprana

**Objetivo:** identificar factores de riesgo y fomentar hábitos saludables

- ▶ **Familia y entorno:** detección de hábitos obesogénicos en la infancia y adolescencia
- ▶ **Centros educativos:** programas de educación nutricional y promoción del ejercicio
- ▶ **Ayuntamientos y políticas locales:** diseño de entornos saludables
- ▶ **Asociaciones y grupos de pacientes:** apoyo social y estrategias de prevención. ESCUELAS de salud

## Salud laboral

### Intervención en el entorno de trabajo

**Objetivo:** identificar el impacto de la obesidad en el ámbito laboral y promover estrategias de salud en el trabajo

#### Evaluaciones médicas laborales:

- ▶ Detección de obesidad y comorbilidades en reconocimientos médicos
- ▶ Adaptación del puesto de trabajo según necesidades del paciente

#### Intervenciones en el lugar de trabajo:

- ▶ Fomento de hábitos saludables (comedores saludables, pausas activas, acceso a actividad física)
- ▶ Programas de prevención y control de peso

#### Coordinación con AP y Farmacia Comunitaria:

- ▶ Derivación de pacientes en riesgo a su médico de familia

## Atención hospitalaria no específica para obesidad

### Hospitalización por otras patologías

**Objetivo:** detectar y abordar la obesidad en pacientes ingresados por otras patologías

#### Cribado de obesidad en pacientes hospitalizados:

- ▶ Ajuste de tratamientos y dosis según peso corporal
- ▶ Manejo de complicaciones asociadas

#### Oportunidades de intervención en hospitalización:

- ▶ Derivación a endocrinología o unidades de obesidad en caso necesario
- ▶ Educación sanitaria en la hospitalización y coordinación con AP para seguimiento tras el alta

## Atención hospitalaria específica en obesidad

### Abordaje altamente especializado

**Objetivo:** tratamiento avanzado de la obesidad en pacientes de alto riesgo o con fracaso en estrategias previas

#### Unidades de Obesidad y Endocrinología:

- ▶ Evaluación metabólica avanzada
- ▶ Manejo farmacológico intensivo
- ▶ Coordinación con psicología y nutrición clínica

#### Cirugía bariátrica y metabólica (cuando está indicada):

- ▶ Criterios de derivación y evaluación prequirúrgica
- ▶ Seguimiento posquirúrgico multidisciplinar

## Atención Primaria y Farmacia Comunitaria

### Primer contacto con el Sistema Sanitario

**Objetivo:** diagnosticar precozmente, estratificar el riesgo y establecer un plan de intervención inicial

#### Médico de familia y enfermería:

- ▶ Cribado de obesidad (IMC, índice cintura-altura, fenotipos)
- ▶ Evaluación de comorbilidades y factores de riesgo
- ▶ Intervención inicial: educación sanitaria, prescripción de ejercicio y alimentación saludable
- ▶ Decisión de tratamiento farmacológico si procede

#### Farmacia Comunitaria:

- ▶ Detección de pacientes en riesgo
- ▶ Consejos sobre hábitos saludables y seguimiento de tratamientos
- ▶ Coordinación con AP para derivaciones oportunas

#### Revisar adherencia y cumplimentación terapéutica

## Seguimiento y coordinación asistencial

### Mantenimiento y prevención de recaídas

**Objetivo:** garantizar la continuidad del tratamiento y prevenir la recuperación de peso

#### Atención Primaria como eje del seguimiento:

- ▶ Revisión periódica de peso, comorbilidades y adherencia al tratamiento
- ▶ Refuerzo de cambios en el estilo de vida

#### Uso de tecnología y telemedicina:

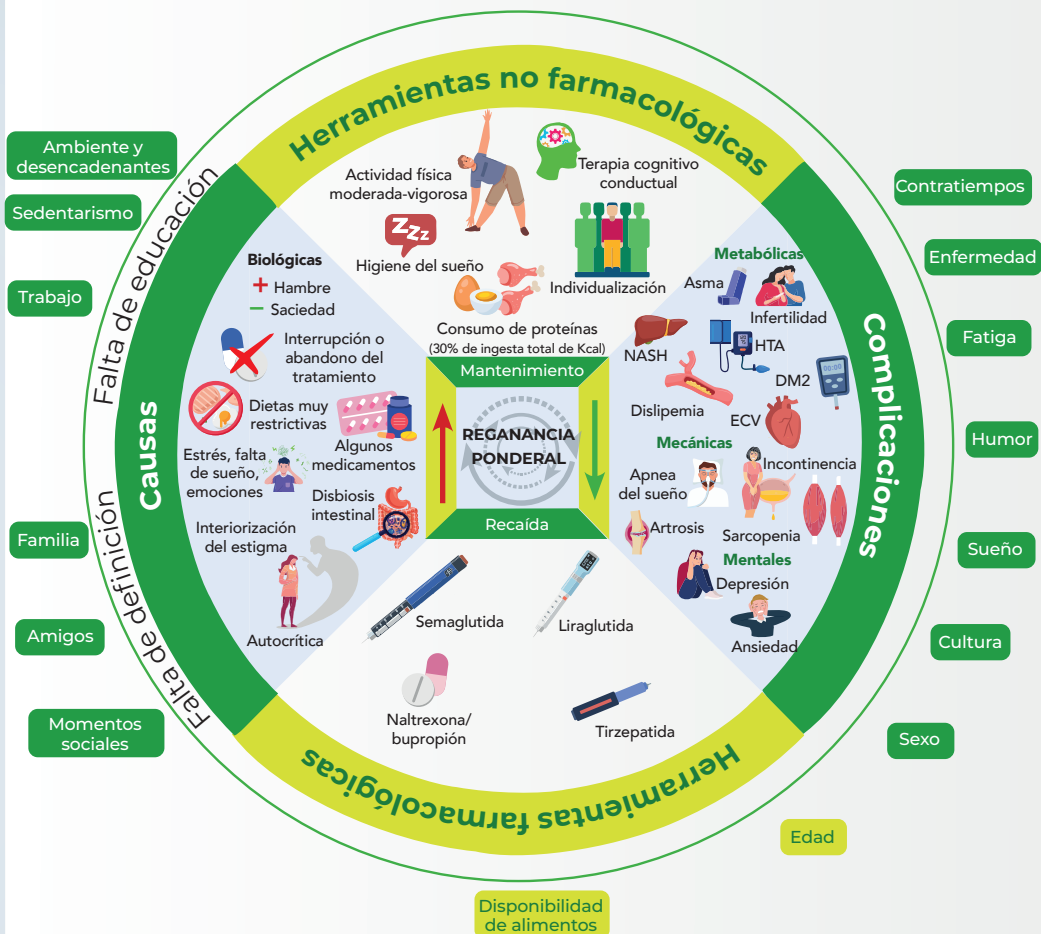
- ▶ Aplicaciones móviles para seguimiento del paciente
- ▶ Teleconsulta con especialistas si es necesario

#### Grupos de apoyo y programas de mantenimiento:

- ▶ Participación en intervenciones comunitarias y programas de prevención de recaídas

# FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA REGANANCIA DE PESO

La reganancia de peso es el resultado de una interacción compleja entre factores biológicos, conductuales, farmacológicos y ambientales.



La implementación de estrategias personalizadas y el apoyo sostenido a largo plazo son fundamentales para minimizar el riesgo de recuperar el peso perdido y mejorar la calidad de vida de los pacientes que viven con obesidad.

DM2: diabetes tipo 2 • ECV: enfermedad cardiovascular • HTA: hipertensión arterial • NASH: esteatohepatitis no alcohólica

GRUPO DE TRABAJO PRIMERA  
ATENCIÓN EN OBESIDAD DE LA SEEDO

**SEEDO**  
Sociedad Española de Obesidad