

OBESIDAD

¿Quién es Obeso?

Se considera que existe obesidad cuando el IMC de un individuo es superior a 30 kg/m².

Actualmente disponemos de varios indicadores para clasificar el sobrepeso y la obesidad y su riesgo relativo de desarrollar enfermedades asociadas, los fundamentales son:

IMC (Índice de Masa Corporal): Muy útil para estratificar el sobrepeso u obesidad. Se calcula :

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Talla}^2 \text{ (metros)}}$$

Según el IMC podemos establecer la siguiente clasificación:

ATEGORIA	IMC
ajo peso.	<18.5
ormal	18,5-24,9
obrepeso tipo I	25-26,9
obrepeso tipo II	27-29,9
besidad tipo I	30-34,9
besidad tipo II	35-39,9
besidad tipo III (mórbida)	40-49,9
besidad tipo IV (extrema)	>50

Tabla 1 Estratificación Sobrepeso/Obesidad según IMC. Fuente Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición

1. Perímetro Abdominal: Es otro parámetro para el diagnóstico de obesidad. Se considera un indicador indirecto del porcentaje de grasa visceral o abdominal y que se ha demostrado como un predictor para el desarrollo de hipertensión arterial y diabetes mellitus.

La forma recomendada de medir la cintura es con el paciente de pie en posición anatómica, se localiza el borde superior de la cresta iliaca y el borde inferior de la última costilla, se le pide al paciente que realiza una inspiración profunda, seguido de una espiración, lo ideal es que lo realice

en tres ocasiones y al final de la espiración realizar la medición en el punto intermedio entre estas dos estructuras óseas.



Figura 1 Medición Perímetro Abdominal

Según el perímetro abdominal tenemos diferente niveles de actuación:

	Normalidad	Aconsejar no aumentar de peso	Aconsejar pérdida de peso
Hombres	<94 cm	94-102 cm	>102 cm
Mujeres	<80 cm	80-88 cm	>88 cm

Tabla 1 Niveles de actuación según Perímetro Abdominal

2. Índice Cintura / Cadera: Es un buen indicador para clasificar la obesidad central y junto con el IMC presenta una alta correlación con el perfil lipídico por lo tanto es considerado un buen predictor del RCV

$$ICC = \frac{cintura(cm)}{cadera(cm)}$$

Para definir el Índice Cadera mediremos la circunferencia mayor a la altura de los trocánteres.

Figura 2 Cálculo Índice Cintura/Cadera

	Valores Límite
Hombres	<1
Mujeres	<0,90

Tabla 2 Valores ICC

¿Qué debemos hacer en la consulta?

1. Anamnesis: Es imprescindible una historia clínica completa poniendo especial interés en las enfermedades relacionadas con la acumulación adiposa.

Importante conocer la evolución de la obesidad por ello en la entrevista clínica debemos profundizar sobre:

Antecedente familiares de interés: Se preguntará especialmente sobre obesidad, obesidad mórbida, enfermedades cardiovasculares prematuras, diabetes mellitus

a. *Antecedentes personales:* Registraremos cualquier enfermedad metabólica en especial la presencia de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipemia. Presencia de tabaquismo y consumo de bebidas alcohólicas

b. *Identificar consumo de fármacos* que se asocian a un incremento ponderal como son las insulinas, sulfonilureas, metiglinidas, , tiazolidinedionas, ciertos antipsicóticos, glucocorticoides, acetato de megestrol, estrógenos, antiepilépticos, fenotiacidas, antidepresivos tricíclicos como el valproato y la carbamazepina, ciproheptadina y etabloqueantes. Ello orientará ante la presencia de una obesidad iatrógena

c. Se realizará una revisión por aparatos y sistemas para descartar complicaciones

asociadas a la obesidad, así como causas de

obesidad secundaria, aunque éstas resulten infrecuentes. Ésta debe ir dirigida especialmente a la búsqueda de:

- a) signos o síntomas de hipotiroidismo o diabetes mellitus tipo 2 descompensada
- b) signos o síntomas sugestivos de síndrome de apneas del sueño, insuficiencia cardíaca o respiratoria
- c) alteraciones en el ciclo menstrual que nos orienten al diagnóstico de síndrome de ovarios poliquísticos u otra endocrinopatía
- d) retraso estatural o mental en el niño que nos haga sospechar la existencia de algún tipo de obesidad genética
- e) signos o síntomas de hipertensión endocraneal que nos hagan sospechar la existencia de un pseudotumor cerebri o de un proceso expansivo hipotálamo-hipofisario: cefaleas de reciente instauración, cambio en el humor o comportamiento, alteraciones del campo visual, vómitos
- f. Inicio de la obesidad
- g. Peso máximo y mínimo, número de intentos pérdida de peso
- h. Posibles desencadenantes (cambio de trabajo, cambio estado civil, fármacos,...)
- i. Autoregistro dietético 24h
- j. Tiempo que se dedica a las comidas y dónde se realizan
- k. Existencia de hábitos compulsivos (picar entre horas...)
- l. Preferencias alimentarias

2. Exploración física y estudios complementarios

- Peso: Se debe pesar al paciente siempre sin zapatos y en ropa interior. Usaremos una báscula con intervalos de 100gr. Intentar pesar al paciente a la misma hora.
- Cálculo del IMC y determinación del perímetros de cintura y el índice cintura-cadera
- Medición de la presión arterial: Valorar el uso de manguito adaptado a obesos
- Analítica : La solicitud de pruebas de laboratorio debe individualizarse. Habitualmente será suficiente el hemograma, ionograma, glucemia basal, perfil lipídico, renal, hepático y uratos para descartar las alteraciones más frecuentemente asociadas a la obesidad. La sobrecarga oral con 75 g de glucosa se realizará ante sospecha de diabetes mellitus tipo 2. La HbA1C sólo se solicitará

ante la presencia de diabetes.

Otras determinaciones hormonales se realizarán sólo ante la sospecha clínica de alteración endocrinológica.

- Otras pruebas complementarias:
 - Ecografía Abdominal ante la sospecha de e esteatosis hepática, litiasis biliar y ovarios poliquísticos
 - Estudio del sueño (polisomnografía): Cuando exista clínica sugestiva de síndrome de apnea del sueño.
 - Pruebas funcionales respiratorias: Su realización
 - estará indicada cuando se tengan indicios de hipoventilación o insuficiencia respiratoria
 - Ecocardiografía: Se realizará ante sospecha de insuficiencia cardíaca o valvulopatía

¿Cómo intervenir desde la consulta de Atención Primaria?

- La creciente prevalencia de la obesidad hace diferenciar dos niveles de intervención diferenciables entre sí pero complementarios:
 - Prevención: Los objetivos de la prevención son :
 - Evitar el sobrepeso en individuos con peso normal
 - Evitar la obesidad en individuos con sobrepeso
 - Evitar la ganancia de peso en individuos obesos y con sobrepeso
 - Como objetivo secundario planteamos disminuir la comorbilidades asociadas a la obesidad

Los programas de prevención de obesidad deben incluir:

- *Consejos dietéticos:* El incremento del consumo de fibra dietética, disminución de alimentos altamente calóricos con alto contenido en grasas azúcares, y el aumento en el consumo de frutas y vegetales han demostrado prevenir el desarrollo de obesidad.
- *Fomento del ejercicio físico:* La práctica de ejercicio físico regular previene la ganancia de peso y un estilo de vida sedentario la promueve.
- *Cambio de hábitos en la población:* Son recomendables cambios en el comportamiento y actitudes alimentarias mediante una disminución calórica flexible, para evitar ciclos de limitaciones rígidas que alternen con ciclos de desinhibición
- *La familia:* Los estudios sobre el papel de la familia en el control de peso y en las intervenciones de mantenimiento y pérdida de peso demuestran que la implicación del cónyuge

aumenta la efectividad, y que en la adolescencia los mejores resultados se alcanzan cuando se trata individualmente al paciente. Sin embargo en la infancia los resultados mejoran cuando se involucran los padres, y las técnicas de cambio de comportamiento mejoran los objetivos de peso tanto en padres como en el niño.

- Intervención terapéutica: Respecto al tratamiento de la obesidad, el cuándo y cómo hacerlo dependerá de tantas variables que es muy complicado protocolizar la actuación. La edad, IMC, distribución de la grasa corporal, comorbilidades y el sedentarismo, serán los factores que determinarán las acciones a emprender.

IMC (kg/m ²)	Intervenciones	
18.5-22	No justificada	Consejos sobre alimentación saludable y actividad física
22-24.9	No justificada salvo aumentos de peso superiores a 5 Kg/año y /o factores asociados	Reforzar consejos sobre alimentación saludables Fomentar la actividad física
25-26.9	No justificada si el peso es estable, la distribución de grasas es periférica y no enfermedades asociadas. Justificada si FRCV y/o distribución de grasa central	Consejos dietéticos Fomentar la actividad física Controles periódicos
27-29.9	Objetivo : Pérdida del 5-10% de la grasa corporal	Alimentación hipocalórica Fomentar la actividad física Controles periódicos Cambios de estilos de vida Evaluar asociación de fármacos si no hay resultados en 6 meses
30-34.9	Objetivo : Pérdida del 10% de la grasa corporal Control y seguimiento en una unidad de obesidad si coexisten comorbilidades graves	Alimentación hipocalórica Fomentar la actividad física Controles periódicos Cambios de estilos de vida Evaluar asociación de fármacos si no hay resultados en 6 meses
35-39.9	Objetivo : Pérdida del 10% de la grasa corporal Control y seguimiento en una unidad de obesidad	Actitud terapéutica similar al nivel anterior si tras 6 meses no hay resultados valorar dieta de muy bajo nivel calórico y/o cirugía bariátrica si hay comorbilidades graves

≥40	Objetivo : Pérdida del 20% de la grasa corporal Control y seguimiento en una unidad de obesidad	Actitud terapéutica similar al nivel anterior si tras 6 meses no hay resultados valorar dieta de muy bajo nivel calórico y/o cirugía bariátrica
-----	---	--

Tabla 3 Niveles de intervención según IMC

Tratamiento quirúrgico

- Existen evidencias sobre la eficacia de la cirugía bariátrica reduciendo la comorbilidad asociada a la obesidad.
- Su uso queda restringido a pacientes con IMC >40kg/m² o IMC >35 kg/m² con comorbilidades mayores. Además los pacientes deben presentar ciertos requisitos de estabilidad psicológica y compromiso de seguimiento.

Algoritmo de decisión

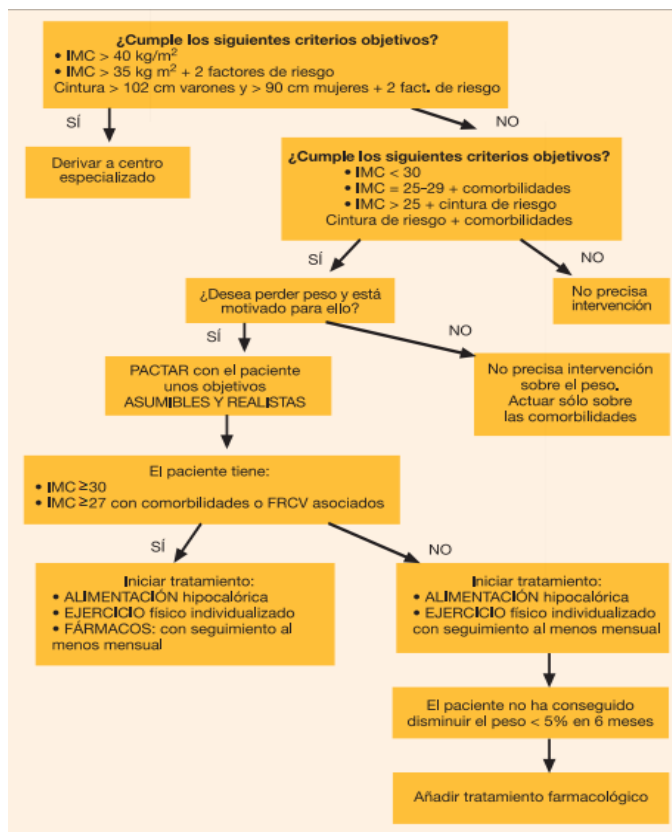


Figura 3 Algoritmo de decisión . Fuente Documento Consenso SEEDO 2007

Bibliografía :

- Bautista-Castaño I, Molina-Cabrillana J, Montoya-Alonso JA, Serra-Magem L. Factores de riesgo cardiovascular en el sobrepeso y la obesidad: variaciones tras tratamiento de pérdida ponderal. Med Clin (Barc) 2003
- WHO. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 57ª Asamblea mundial de la Salud 2004
- Agencia española de Seguridad Alimentaria. Estrategia NAOS. Invertir la tendencia de la obesidad Madrid 2005, Ministerio de Sanidad y Consumo
- .Bellido D. El paciente con exceso de peso: guía práctica de actuación en Atención Primaria. Rev. Esp Obes 2006
- Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y criterios de intervención terapéutica
- Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos SEEDO 2011
- Guía de abordaje enfermero : cuidados cardiovasculares integrales en atención primaria

- Luengo Pérez L .Obesidad, sus complicaciones y tratamientos. Efectos sobre el riesgo cardiovascular. Rev Actualización en cardiología 2010
- Michael J. Pencina, Ralph B. D'Agostino, Sr, Martin G. Larson, Joseph M. Massaro **Study Predicting the 30-Year Risk of Cardiovascular Disease : The Framingham Heart** June 8, 2009
- Gutiérrez-Fisac JL, Regidor E, Banegas JR, Rodríguez AF. Prevalencia de obesidad en la población adulta española: 14 años de incremento continuado. Med Clin (Barc). 2005
- Aranceta J, Pérez C, Serra L, Ribas L, Quiles J, Vioque J, et al.Prevalencia de obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000. Med Clin (Barc). 2003;