



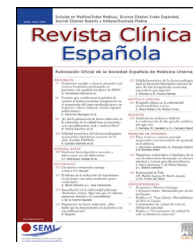
Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



# Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



## EDITORIAL

### Reconocer la obesidad como enfermedad: todo un reto

### Recognizing obesity as a disease: A true challenge

La actual pandemia de la enfermedad por coronavirus-2019 (COVID-19) ha puesto de manifiesto tanto las fortalezas como las debilidades de nuestro sistema público de salud.

En 1998, la Organización Mundial de la Salud definió la obesidad como una enfermedad epidémica que supone un importante problema de salud pública, no solo por el enorme impacto que ocasiona sobre la morbimortalidad y la calidad de vida, sino también por los grandes costes, tanto directos como indirectos, que esta patología genera<sup>1</sup>. Por ello, hay que establecer estrategias de prevención y tratamiento lo más eficientes posibles. Además, la obesidad es una de las principales comorbilidades que aumentan, en gran medida, el riesgo y la gravedad de los pacientes que contraen la COVID-19<sup>2</sup>.

En este número de REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA, se publica el documento de posicionamiento del grupo de trabajo de Diabetes, Obesidad y Nutrición de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) por un abordaje centrado en la persona con obesidad<sup>3</sup> que, además de ser oportuno, en estas circunstancias, es muy necesario. En él se pone de manifiesto el grado de conocimiento de los médicos internistas frente al diagnóstico y control clínico de la obesidad. El 93,8% y el 83% de los encuestados consideraban la obesidad y el sobrepeso como una enfermedad crónica, respectivamente. Este resultado invita a realizar una serie de reflexiones.

Reconocer la obesidad como enfermedad permite mejorar el acceso al tratamiento y estimular el avance de nuevas estrategias terapéuticas. Sin embargo, el término *obesidad* asocia una gran estigmatización tanto pública como por parte del propio paciente. El medicalizar la obesidad, que otorga el estado de «enfermedad» a decenas de millones de adultos y niños, pone en riesgo la dependencia de un tratamiento médico costoso y olvida las medidas preventivas de política sanitaria para abordar los determinantes sociales subyacentes de la obesidad<sup>4</sup>.

La Federación Mundial de Obesidad define la obesidad como un «proceso de enfermedad crónico». La Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos (AAEC) y el American College of Endocrinology (ACE) consideran la

obesidad como una *enfermedad crónica basada en la adiposidad*. Esta última definición incorpora el concepto de que el impacto en la salud puede estar relacionado tanto con la cantidad como con la distribución y/o función del tejido adiposo<sup>5,6</sup>.

Es importante tener en cuenta que, en nuestro medio, la obesidad es en gran medida producto de un ambiente obesogénico, consistente en dietas hipercalóricas impulsadas mayoritariamente por fuentes comerciales, acompañado de una actividad física reducida en el contexto de una baja cultura alimentaria e importantes lagunas en dietética.

La falta de métricas precisas para clasificar la obesidad puede poner en duda la utilidad de definirla como una enfermedad para mejorar los resultados de la salud. La medida de obesidad aceptada y establecida más ampliamente es la escala del índice de masa corporal (IMC), desarrollada por Adolphe Quetelet a finales del siglo XIX<sup>7</sup>. Sin embargo, esta escala, a pesar de poder utilizarse como herramienta de cribado para estimar la adiposidad, presenta limitaciones como predictor de salud y guía única para la toma de decisiones clínicas, ya que es una medida antropométrica<sup>6-12</sup>. Por ejemplo, el IMC tiende a sobreestimar la adiposidad en los atletas que tienen una mayor masa corporal magra y a subestimarla en los ancianos que tienen una masa magra disminuida<sup>5,6</sup>.

De entre los métodos menos universales para medir la composición corporal cabe mencionar la circunferencia de la cintura, la relación cintura/cadera o altura, el grosor del pliegue tricípital y la bioimpedancia (absorciómetro de rayos X de energía dual). Otras técnicas más sofisticadas para conocer el grado de obesidad o el exceso de grasa corporal son objeto de investigación; su principal objetivo es determinar el mayor riesgo de morbimortalidad en individuos con esta patología<sup>5,12</sup>.

De forma acertada, el documento del grupo de trabajo de Diabetes, Obesidad y Nutrición de la SEMI<sup>3</sup> finaliza con la elaboración de un decálogo cuyo punto 4 expresa lo siguiente: «Es recomendable pesar, calcular el IMC y medir el perímetro abdominal a todos los pacientes atendidos en

<https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.08.003>

0014-2565/© 2020 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

consultas externas, así como en los pacientes hospitalizados siempre que sea posible bien de forma directa o bien utilizando las fórmulas alternativas existentes para ello».

En lo referente al abordaje sobre el estilo de vida de los pacientes obesos, el manejo inicial es similar en todos los casos, pudiendo realizarse consultas grupales que mejorarían la eficiencia del sistema.

Consideramos que la decisión de declarar la obesidad como una enfermedad *per se* es un esfuerzo bien intencionado, tanto para legitimar la afección como para conseguir cambiar el discurso público de la culpa y el estigmatismo respecto a la terapia médica de esta patología. El hecho de ser reconocida como enfermedad implica asociar a las modificaciones en el estilo de vida un tratamiento costoso en forma de medicamentos, tecnologías médicas, incluso cirugía bariátrica.

Considerar la obesidad una enfermedad implica tener en cuenta las limitaciones existentes en las herramientas de medición, y su consecuente impacto en el pronóstico y manejo de la patología<sup>7</sup>. Cabe destacar en el estudio el escaso conocimiento y utilización de los fármacos antiobesidad y de las indicaciones de la cirugía bariátrica por parte de los encuestados<sup>3</sup>. Además del cribado de la adiposidad (IMC) y de la distribución del tejido adiposo (perímetro abdominal), es de gran importancia la clasificación de los pacientes obesos en función de las complicaciones que presenten (grado 0: sin complicaciones; grado 1: complicaciones menores; grado 2: complicaciones mayores como la diabetes o enfermedad cardiovascular)<sup>5</sup>.

El hecho de conocer el grado de obesidad y la distribución del tejido adiposo nos permite valorar si el paciente precisa, además de modificaciones en su estilo de vida, tratamiento farmacológico y/o cirugía. No debemos olvidar que la obesidad es una enfermedad muy heterogénea. El documento de consenso confirma que «cada persona con obesidad es diferente» y la respuesta al tratamiento puede ser muy distinta. Por esto, en los hospitales de tercer nivel o similares, se han creado unidades funcionales pluridisciplinarias, como las de obesidad mórbida-cirugía bariátrica, formadas por todos los profesionales sanitarios que participan en la gestión del proceso de la obesidad.

Un modelo de asistencia transversal debe asegurar la continuidad asistencial de aquellos pacientes con enfermedades crónicas prevalentes, con el objetivo de optimizar recursos sanitarios, mejorar el control clínico al alta hospitalaria y evitar falsas expectativas por parte de los pacientes.

Recientemente la Sociedad Española de Obesidad (SEEDO) y la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) han elaborado un documento de consenso sobre la continuidad asistencial en obesidad entre los servicios de atención primaria y las unidades especializadas hospitalarias<sup>13</sup>. Esta forma de abordaje grupal de la obesidad presenta una gran eficiencia al permitir caracterizar e identificar a un importante grupo de pacientes<sup>14</sup>.

Además, no se puede dejar de lado la importante repercusión que tiene la obesidad, tanto psicológicamente como en la calidad de vida de los pacientes, y su influencia sobre el control de otros factores de riesgo cardiovascular, como el nivel glucémico, la hipertensión o los niveles lipídicos<sup>15</sup>.

Al tratarse de un problema sociosanitario, su correcto abordaje requiere reformas tanto sociales como políticas

para aumentar los esfuerzos preventivos y terapéuticos, especialmente en niños y adolescentes.

Como conclusión, para poder lograr el correcto abordaje de la obesidad se debe llevar a cabo un trabajo común por parte de pacientes, personal e instituciones sanitarias, siendo clave la correcta coordinación entre todos los niveles asistenciales y sociales.

## Bibliografía

1. National Heart, Lung, and Blood Institute. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation Treatment of Overweight and Obesity in Adults. (NIH publication 98-4083). The Evidence Report. 1998. [http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob\\_gdlns.pdf](http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdlns.pdf)
2. Stefan N, Birkenfeld AL, Schulze MB, Ludwig DS. Obesity and impaired metabolic health in patients with COVID-19. *Nat Rev Endocrinol.* 2020;16:341–2, <http://dx.doi.org/10.1038/s41574-020-0364-6>.
3. Carretero Gómez J, Ena J, Arévalo Lorigo JC, Seguí Ripoñ JM, Carrasco-Sánchez FJ, Gómez-Huelgas R, et al. La obesidad es una enfermedad crónica. Posicionamiento del grupo de trabajo de Diabetes, Obesidad y Nutrición de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) por un abordaje centrado en la persona con obesidad. *Rev Clin Esp.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2020.06.008>.
4. Nyberg ST, Batty GD, Pentti J, Virtanen M, Alfredsson L, Fransson EI, et al. Obesity and loss of disease-free years owing to major non-communicable diseases: a multicohort study. *Lancet Public Health.* 2018;3:e490–7, [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30139-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30139-7).
5. Kyle TK, Dhurandhar EJ, Allison DB. Regarding obesity as a disease: evolving policies and their implications. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2016;45:511–20, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecl.2016.04.004>.
6. Garvey WT, Mechanick JI, Brett EM, Garber AJ, Hurley DL, Jastreboff AM, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Comprehensive Clinical Practice Guidelines for Medical Care of Patients with Obesity. *Endocr Pract.* 2016;22 Suppl. 3:1–203, <http://dx.doi.org/10.4158/EP161365.GL>.
7. World Health Organization. Obesity and overweight. Key facts; 2020 [consultado 14 Ago 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
8. Preventive Services Task Force US, Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Caughey AB, Davidson KW, et al. Behavioral weight loss interventions to prevent obesity-related morbidity and mortality in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA.* 2018;320:1163–71, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2018.13022>.
9. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The Global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: the Lancet Commission report. *Lancet.* 2019;393:791–846, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8).
10. Flegal KM, Ioannidis JPA, Doehner W. Flawed methods and inappropriate conclusions for health policy on overweight and obesity: the Global BMI Mortality Collaboration meta-analysis. *J Cachexia Sarcopenia Muscle.* 2019;10:9–13, <http://dx.doi.org/10.1002/jcsm.12378>.
11. Bray GA, Kim KK, Wilding JPH. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obes Rev.* 2017;18:715–23, <http://dx.doi.org/10.1111/obr.12551>.

12. Machann J, Horstmann A, Born M, Hesse S, Hirsch FW. Diagnostic imaging in obesity. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2013;27:261–77, <http://dx.doi.org/10.1016/j.beem.2013.02.003>.
13. Caixàs A, Villaró M, Arraiza C, Montalvá J-C, Lecube A, Fernández-García JM, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Obesidad (SEEDO) y de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) sobre la continuidad asistencial en obesidad entre Atención Primaria y Unidades Especializadas Hospitalarias 2019. *Med Clin (Barc).* 2020;155:267.e1–11, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2019.10.014>.
14. Vázquez C, Alcaraz F, Botella-Carretero JI, Zamarrón I, Balsa J, Arrieta F, et al. Estrategia probesci: un abordaje terapéutico de menor coste para el paciente obeso. *Nutr Hosp.* 2006;21:699–703.
15. Piñera MJ, Arrieta FJ, Alcaraz-Cebrián F, Botella-Carretero JI, Calañas A, Balsa JA, et al. Influencia de la pérdida de peso en la evolución clínica, metabólica y psicológica de los pacientes con sobrepeso u obesidad. *Nutr Hosp.* 2012;27:1480–8, <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.5.5802>.

F. Arrieta<sup>a,\*</sup> y J. Pedro-Botet<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Ramón y Cajal. CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Madrid, España*

<sup>b</sup> *Unidad de Lípidos y Riesgo Vascular, Hospital del Mar, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [arri68@hotmail.com](mailto:arri68@hotmail.com) (F. Arrieta).