



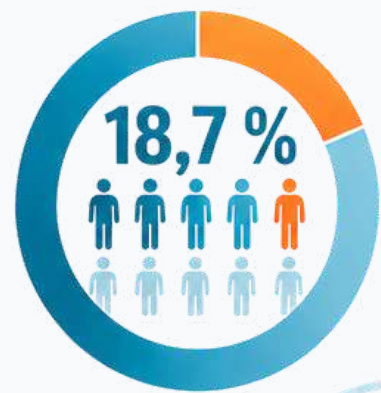
Continuidad Asistencial en Obesidad

Un marco común para Atención Primaria y Endocrinología y Nutrición



La continuidad mejora la atención y reduce brechas

Afecta al 18,7% de la población adulta



Enfermedad crónica y compleja

Más de 200 comorbilidades



¿Por qué necesitamos trabajar juntos?



La coordinación AP–Endocrinología mejora diagnóstico, seguimiento y experiencia del paciente

Evaluación integral basada en parámetros clínicos, metabólicos y funcionales



**Historia clínica
centrada en obesidad**



Antropometría: peso, talla, IMC, circunferencia de cintura y pantorrilla, índice cintura-altura



Exploración física general: TA, distribución grasa y masa muscular, signos de causas secundarias



Funcionalidad y fuerza: Test de la silla, dinamometría, velocidad de la marcha



Composición corporal: masa grasa, masa magra, obesidad sarcopénica



Analítica básica: glucosa, HbA1c, perfil lipídico, hepático (FIB-4), renal, función tiroidea



Cribado de comorbilidades: DM2, HTA, dislipemia, EHmet, AOS, riesgo CV, ERC



Clasificación del estadio de obesidad: Edmonton Obesity Staging System (EOSS)



Salud mental y calidad de vida: ansiedad, depresión, TCA, cuestionarios de calidad de vida

Qué recursos se necesitan

EAP

- Tallímetro, báscula, cinta métrica
- Silla y camilla adaptadas
- Esfingomanómetro, glucómetro, pulsioxímetro
- Acceso a analítica, radiología, ECG, MAPA
- Historia clínica electrónica coordinada
- Bioimpedancia, dinamometría (recomendable)

EyN

- Todo lo anterior más:
- Bioimpedancia, dinamometría, ecografía nutricional
- Podómetro o acelerómetro
- Acceso a analítica compleja y estudio genético
- Software para evaluación y prescripción dietética
- Acceso a elastografía hepática
- Acceso a evaluación cardiovascular y neumológica avanzada
- DXA, software para evaluación de la CC por TC (opcional)
- Calorimetría indirecta (opcional)

¿Cuáles son los roles de EAP y Endocrinología y Nutrición?

Dos enfoques asistenciales, un mismo paciente

Atención Primaria

Endocrinología y Nutrición



Algoritmo de evaluación clínica



Evaluación clínica y toma de decisiones en obesidad



Evaluación inicial

- Historia clínica centrada en obesidad
- Exploración física y antropometría
- Analítica básica
- Cribado de comorbilidades



Evaluación etiológica y contextual

- Causas y factores asociados
- Circunstancias personales
- Motivación del paciente
- Objetivos terapéuticos



Clasificación clínica

- Diagnóstico de obesidad
- Valoración de comorbilidades
- Clasificación según EOSS



Decisión clínica y seguimiento

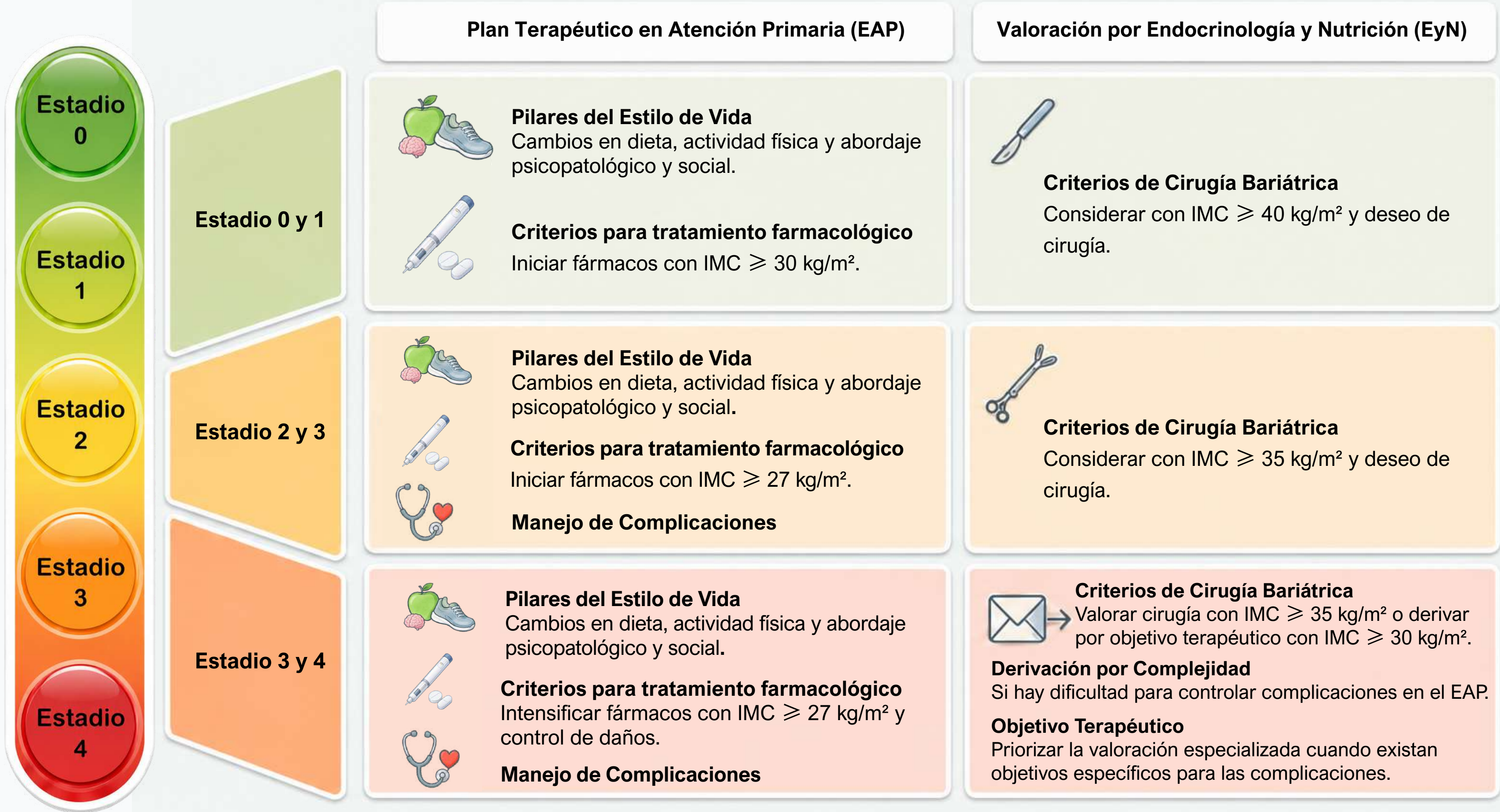
- Plan terapéutico individualizado
- Coordinación EAP – Endocrinología
- Seguimiento clínico



La escala EOSS permite clasificar la obesidad según su repercusión clínica, funcional y psicológica



Abordaje clínico coordinado de la Obesidad según el EOSS



Circunstancias especiales en obesidad que requieren derivación a EyN

Considerar derivación si IMC ≥ 30 kg/m² con alta complejidad clínica



Pérdida ponderal prioritaria

(Trasplante, fertilidad, cirugía compleja...)



Sospecha de obesidad secundaria

(Monogénica o sindrómica)



Obesidad sarcopénica

Si existe dificultad de evaluar la fuerza/funcionalidad y la composición corporal



Paciente complejo

(Insuficiencia renal, hepática, cardíaca...)

Seguimiento Post-Cirugía Bariátrica: Guía de Continuidad Asistencial

Tras la cirugía bariátrica, el paciente requiere un seguimiento de por vida. Una vez alcanzada la estabilidad clínica, el control se continúa en Atención Primaria, enfocándose en la prevención y detección temprana de complicaciones

Inicialmente Atención hospitalaria

2-5 años post-cirugía

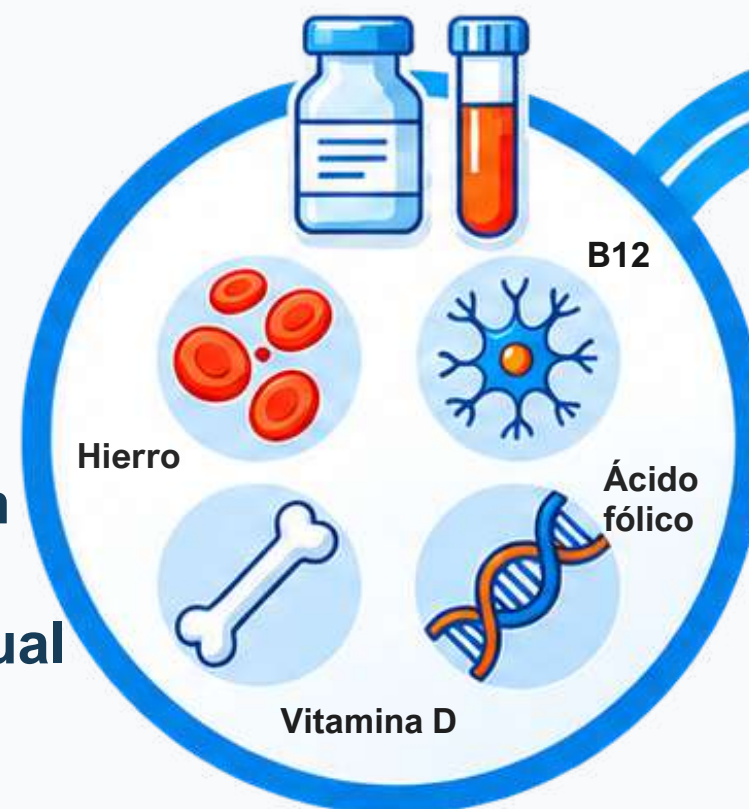


Transición a Atención Primaria

El seguimiento en EAP comienza tras la estabilidad clínica



Evaluación clínica y analítica anual



Obligatoria para detectar déficits vitamínicos sobre todo de hierro, B12, vitamina D y ácido fólico.

Prevención de riesgos osteoporosis y sarcopenia

Vigilancia activa frente al desarrollo de sarcopenia, osteoporosis y fracturas óseas.



Criterios de derivación al especialista (EyN)



Recuperación ponderal significativa

Derivar si hay una recuperación de peso $\geq 15-20\%$ del peso mínimo alcanzado.



Hipoglucemia posprandial (Tríada de Whipple)

Glucemia < 54 mg/dl con síntomas adrenérgicos que resuelven con hidratos de carbono.



Complicaciones nutricionales y especiales

Incluye embarazo, déficits vitamínicos refractarios, desnutrición o diarrea no controlable.



Decálogo para una buena continuidad asistencial en la obesidad



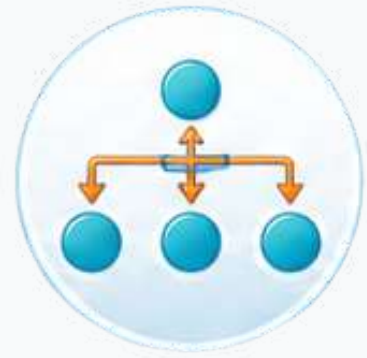
1

Roles claros entre AP y Endocrinología y Nutrición.



2

Evaluación integral y orientada a la persona.



3

Criterios de derivación definidos y compartidos.



4

Circuitos ágiles para obesidad compleja o grave.



5

Historia clínica compartida, salud digital.



6

Educación terapéutica coordinada.



7

Objetivos pactados y revisiones periódicas.



8

Continuidad antes y después de cirugía bariátrica.



9

Formación continua en obesidad para ambos niveles.



10

Evaluación conjunta del circuito asistencial.

Cómo hacerlo mejor: **Consejos para la prescripción de pautas dietéticas**



Guía para la prescripción de **Actividad Física**

Componentes del ejercicio

150 a 300
Minutos de
cardio



2 a 3
Sesiones de
fuerza



**Reducción del
sedentarismo**



Estrategias de implementación

**Evaluación
individualizada**



**Educación para la
adherencia**



Guía Clínica: Tratamiento farmacológico de la obesidad

Fármacos Recomendados



Semaglutida 2,4 mg y Tirzepatida 5,10 y 15 mg son las opciones preferentes por eficacia y seguridad.

Evaluación y Prescripción Inicial

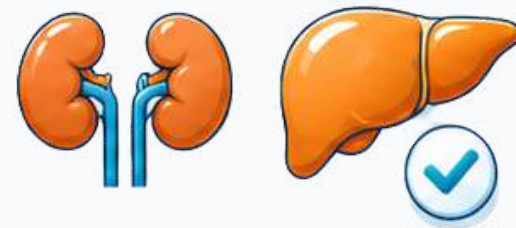


La **elección** consensuada del fármaco con el paciente según objetivos de pérdida ponderal, evidencias sobre complicaciones asociadas, experiencias previas y coste.



Evaluación Clínica Completa

Es obligatorio realizar una **analítica y evaluación** previa para identificar comorbilidades o contraindicaciones.



No necesidad de ajuste de dosis

Por edad, Insuficiencia renal ($FG \geq 15$ ml/min) o enfermedad hepática



Tolerancia y Seguimiento a Largo Plazo



Calendario de Seguimiento

Control mensual

Durante el escalado de dosis.

Cada 3-6 meses

Tras alcanzar la dosis máxima.



Manejo de Efectos Gastrointestinales

Náuseas y vómitos

transitorios y se minimizan con medidas dietéticas específicas.



Monitorización composición corporal

Evaluar cambios en antropometría, masa grasa, magra y funcionalidad. Descartar desarrollo de sarcopenia.

El paciente en el centro

Enfoque centrado en la persona



Abordaje no estigmatizante de la enfermedad.

Diagnóstico y evaluación clínica

Criterios de diagnóstico objetivo



$IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$

$IMC > 25 \text{ kg/m}^2$
Con ICA > 0.5 + complicaciones

Evaluación clínica exhaustiva



Clasificación EOSS

Evaluación básica y avanzada



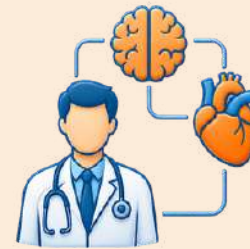
Composición corporal y funcionalidad

Contexto personal y motivación



Atención coordinada entre AP y EyN

Estrategia de las "5 A"



Gestión de recursos y herramientas



Intervención escalonada Iniciada desde EAP



Objetivos y seguimiento

Objetivos no centrados solo en pérdida de peso ($>10-15\%$)



Sino en mejoría de las complicaciones clínicas y calidad de vida

Ajuste y reevaluación



Considerar ajuste de tratamiento (fármacos, dosis, intensificación dieta) si no se alcanzan objetivos.

Mantenimiento a largo plazo



Control continuo de FRCV y prevención de la recuperación de peso.

Mismo objetivo, distintos enfoques: Una atención clínica coordinada

Mejorar resultados clínicos, coordinación y experiencia del paciente

