



# Obesidad

Por Teresa Ivonne Gonzaga López  
Itzia Elizabeth Méndez Varela

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la obesidad es una enfermedad crónica, caracterizada por el aumento de la grasa corporal, asociada a mayor riesgo para la salud.<sup>1</sup>

El World Obesity Atlas 2022, comparte un panorama muy preocupante para la salud mundial: mil millones de personas en todo el mundo, incluyendo 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 7 hombres, vivirán con obesidad para el 2030.<sup>2</sup> La encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT) en México, reporta una prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población adulta de 20 años y más del 75.2%, en jóvenes de 12 a 19 años de 35.8%, en niños de 5 a 11 años de 35.6% y en la población de 0 a 4 años 8.2% presentan sobrepeso y 22.2% están en riesgo de presentarlo.<sup>3</sup>

El origen de la obesidad puede ser multifactorial y es el resultado de prácticas y factores de riesgo que pueden ser de carácter inmediato (a nivel individual), intermedio (en el entorno) y básicos que ocurren en diferentes etapas a lo largo del curso de la vida<sup>4</sup>.

Entre los factores sociales cabe destacar el desempeño de trabajos de menor cualificación, ser viudo<sup>5</sup> o la maternidad en edades tempranas<sup>6</sup>. Es importante destacar el ambiente obesogénico que puede favorecerse en el hogar, donde las figuras paternas pueden reforzar unos hábitos incorrectos como la sobrealimentación y el sedentarismo<sup>6</sup>.

Uno de los factores más importantes en el desarrollo de la obesidad es el estilo de vida del propio individuo. Éste se verá favorecido en presencia de una alimentación definida por un frecuente consumo de alimentos de elevada densidad energética, un consumo superior a

las necesidades, hábitos relacionados con el tamaño de las raciones o el número de ingestas a lo largo del día.

La clasificación actual de Obesidad propuesta por la OMS está basada en el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual corresponde a la relación entre el peso expresado en kilos y el cuadrado de la altura, expresada en metros. De esta manera, las personas cuyo cálculo de IMC sea igual o superior a 30 kg/m<sup>2</sup> se consideran obesas<sup>1</sup>. (Tabla 1)

Clasificación	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Riesgo Asociado a la salud
Normo Peso	18.5 – 24.9	Promedio
Exceso de Peso	≥ 25	
Sobrepeso o Pre Obeso	25 - 29.9	AUMENTADO
Obesidad Grado I o moderada	30 – 34.9	AUMENTO MODERADO
Obesidad Grado II o severa	35 - 39.9	AUMENTO SEVERO
Obesidad Grado III o mórbida	≥ 40	AUMENTO MUY SEVERO

Tabla 1. Clasificación de la obesidad según la OMS<sup>1</sup>

Otros índices también utilizados para la evaluación de la obesidad son el índice cintura-talla el cual se emplea para evaluar la obesidad abdominal, considerado 0.5 como límite de riesgo; y el índice cintura-cadera que resulta de la fracción del perímetro de la cintura entre el perímetro de la cadera, medida tomada alrededor de los trocánteres mayores suponiendo un riesgo aumentado cuando resulta ≥0.9 en los hombres y ≥0.85 en las mujeres<sup>8</sup>.

Respecto al tratamiento los objetivos se encuentran orientados a la pérdida y mantenimiento del peso a largo plazo y a la mejora de las comorbilidades asociadas a esta patología, donde se incluyen una modificación del estilo de vida, promoviendo unos hábitos alimentarios saludables y la incorporación del ejercicio como hábito, apoyándose en técnicas

cognitivo-conductuales<sup>9</sup> con ayuda de un equipo multidisciplinario.

Con el objetivo de conseguir una reducción de 10% del peso corporal en presencia de obesidad tipo I o superior en caso de obesidad tipo II en 6 meses, las recomendaciones dietéticas están orientadas al seguimiento de una dieta hipocalórica realizada con base en la restricción calórica de 500- 1000 calorías diarias, con la finalidad de alcanzar reducciones de 0.5-1 kg de peso semanalmente<sup>9</sup>. Entre las modificaciones de hábitos alimenticios se encuentran:

- Incluir al menos un alimento de cada uno de los tres grupos (verduras y frutas; cereales y tubérculos, leguminosas y alimentos de origen animal)
- Comer verduras y frutas, en lo posible crudas y con cáscara, para disminuir la densidad energética en la dieta
- Comer alimentos de origen animal con moderación, prefiere las carnes blancas como el pescado o el pollo sin piel o las carnes rojas como la de cerdo o res.
- Tomar abundante agua
- Consumir lo menos posible grasas, aceites, azúcar, edulcorantes y sal, así como los alimentos que los contienen.

Aunado a una dieta saludable, también se debe de tomar en cuenta la importancia de la actividad física al menos 30 minutos al día. Inicialmente se comenzará con un aumento de la actividad en las tareas diarias como puede ser las realizadas en el hogar, lugar de trabajo o transporte. Posteriormente se recomienda introducir sesiones de ejercicio de intensidad moderada o alta hasta alcanzar al menos 150 minutos semanales, combinando ejercicios aeróbicos con anaeróbicos y acompañando siempre de estiramientos<sup>10</sup>.

Respecto al tratamiento farmacológico se utilizarán fármacos en las personas con IMC >30 kg/m<sup>2</sup> o >27 kg/m<sup>2</sup> asociado a comorbilidades mayores, cuando tras 3-6 meses en un programa estructurado, llevado a cabo de forma correcta y continua no pierda > 5% del peso inicial. Si este es bien tolerado y la pérdida ponderal supera el 5% del peso inicial el tratamiento debe continuarse de forma crónica<sup>11</sup>.

La European Medicines Agency, ha aprobado la administración de Orlistat que actúa como inhibidor de la lipasa gástrica y pancreática con capacidad de reducir la absorción grasa y factores de riesgo cardiovascular, Liraglutida es un análogo de Glucagón tipo 1 (GLP-1) con capacidad de estimular la liberación pancreática de insulina, enlentecer el vaciado gástrico y con posible capacidad de reducción del apetito y finalmente Bupropión-Naltrexona administrado conjuntamente reduce el apetito, la ingesta y potencia el gasto calórico<sup>11</sup>.

En tanto a la cirugía bariátrica está indicada cuando el IMC >40 kg/m<sup>2</sup> o en formas menos graves de obesidad con comorbilidades graves asociadas en pacientes entre 18 a 60 años (individualizando adolescentes y edad avanzada). El objetivo de la cirugía consiste en seguir una pérdida ponderal que mejore las comorbilidades y calidad de vida. El Bypass gástrico se considera la técnica de referencia, aunque la gastrectomía vertical está en auge por su simplicidad y efectividad<sup>12</sup>. Sin embargo, es preciso el seguimiento multidisciplinario a largo plazo que asegure una pérdida adecuada y la adherencia a estilos de vida saludables.

Mtra. AHySP. Teresa Ivonne Gonzaga López  
Médico del servicio de Medicina Interna  
Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos  
Correo: teresa\_ivonne@hotmail.com

Mtra. AHySP. Itzia Elizabeth Méndez Varela  
Médico adjunto a la Unidad de Vigilancia  
Epidemiológica Hospitalaria  
Hospital Pediátrico Legaria  
Correo: mvitzia@hotmail.com

---

## REFERENCIAS

1. World Health Organization Consultation on Obesity (2012). *Obesity: preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>
2. *World Obesity* (2022). *World Obesity Atlas 2022*. [https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/World\\_Obesity\\_Atlas\\_2022\\_WEB.pdf](https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/World_Obesity_Atlas_2022_WEB.pdf)
3. Instituto Nacional de Salud Pública (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018*. ENSANUT. [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut\\_2018\\_presentacion\\_resultados.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf)
4. Rivera, J. A., Colchero, M. A., Fuentes, M. L., González de Cosío, T., Aguilar, C. A., Hernández, G. & Barquera, S. (2018). *La obesidad en México: Estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control*. Instituto Nacional de Salud Pública. [https://www.insp.mx/resources/images/stories/2019/Docs/190213\\_LaObesidadenMexico.pdf](https://www.insp.mx/resources/images/stories/2019/Docs/190213_LaObesidadenMexico.pdf)
5. Marqueta de Salas, M., Martín, J.J., Juárez, J.J., (2016). *Características sociodemográficas como factores de riesgo para la obesidad y el sobrepeso en la población adulta española*. *Med Clin*;146(11):471-477.
6. Schrempft, S., Van Jaarsveld, C., Fisher, A., Fildes, A., Wardle, J., (2016). *Maternal characteristics associated with the obesogenic quality of the home environment in early childhood*. *Appetite*; 107:392-397.
7. Ashwell, M., Gunn, P., Gibson, S., (2012). *Waist to height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: systematic review and meta-analysis*. *Obes Rev*; 13:275-86.
8. World Health Organization (2011). *Waist circumference and waist-hip ratio. Report of a WHO Expert Consultation*. Geneva: WHO
9. Rubio, M.A., Salas, J., Barbany, M., Moreno, B., Aranceta, J., Bellido, D., (2007). *La evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica*. *Rev Esp Obes*;7-48.
10. Lecube, A., Monereo, S., Rubio, M.A., Martínez de Icaya, P., Martí, A., Salvador, J., (2016). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad. Posicionamiento de la Sociedad Española para el estudio de la Obesidad de 2016*. *Endocrinol Nutr*;64 sup 1:15-22.
11. Lecube, A., (2017). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad: Posicionamiento de la sociedad española para el estudio de la obesidad 2016*. *Endocrinología, diabetes y nutrición*. <http://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-diabetes-nutricion-13.articulo-prevencion-diagnostico-tratamiento-obesidad-posicionamiento-S1575092216301097>
12. Stein, J., Stier, C., Raab, H., Weiner, R., (2014). *The nutritional and pharmacological consequences of obesity surgery*. *Aliment Pharmacol Ther*. 2014; 40:582-609