

Obesidad en adultos: guía de práctica clínica adaptada para Chile

Yudith Preiss Contreras^{a, b*}, Ximena Ramos Salas^c, Camila Ávila Oliver^d, Miguel Alejandro Saquimux Contreras^c, Rodrigo Muñoz Claro^a, Claudio Canales Ferrada^e, Consorcio Chileno para el Estudio de la Obesidad

^a Centro de Nutrición y Cirugía Bariátrica, Clínica Las Condes, Chile

^b Centro Medicina Nutricional, Hospital DIPRECA, Santiago, Chile

^c Obesity Canada, Edmonton, Canadá

^d Fundación Epistemonikos, Providencia, Santiago, Chile

^e Cátedra de Cirugía, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

*** Autor de correspondencia**

yudith.preiss@gmail.com

Citación

Preiss Contreras Y, Ramos Salas X, Ávila Oliver C, Saquimux Contreras MA, Claro RM, Canales Ferrada C, et al. Obesidad en adultos: guía de práctica clínica adaptada para Chile. *Medwave* 2022;22(10):2649

DOI

10.5867/medwave.2022.10.2649

Fecha de envío

Jul 31, 2022

Fecha de aceptación

Sep 28, 2022

Fecha de publicación

Nov 8, 2022

Palabras clave

Obesity, clinical practice guideline

Correspondencia a

Estoril 450, Las condes, Santiago, Chile

Resumen

Introducción

La Sociedad Chilena de Cirugía Bariátrica y Metabólica, junto a otras sociedades científicas, lideró el proceso de adaptación de la guía de práctica clínica de obesidad en adultos para Chile, tomando como base las directrices desarrolladas para Canadá. La guía canadiense buscó, entre sus principales objetivos, proponer cambios en el enfoque del manejo de la obesidad como una enfermedad crónica y para mejorar los desenlaces de salud centrados en los pacientes, en lugar de enfocarse en la pérdida de peso como principal y único objetivo.

Métodos

Se convocó a un grupo de 58 profesionales para el desarrollo del proyecto, quienes revisaron y utilizaron el método *GRADE-Adolopment* para el análisis de las recomendaciones originales y desarrollo de recomendaciones *de novo*. Para la elaboración de nuevas recomendaciones, se llevó a cabo una búsqueda de revisiones sistemáticas en la base de datos Epistemonikos, y se utilizó metodología GRADE y el marco *Evidence to Decision* para la evaluación de la evidencia y la descripción de la recomendación.

Resultados

Se adoptaron 76 de las 80 recomendaciones de la guía canadiense, se adaptó una recomendación y se desarrollaron 12 preguntas nuevas con sus respectivas recomendaciones.

Conclusiones

El proceso de adaptación permitió acortar el tiempo necesario para elaborar una guía de práctica clínica en obesidad del adulto para nuestro país. El cambio en el enfoque hacia una aproximación sin estigma y centrada en la salud y no en el peso, es universal y posible de aplicar en diferentes países y contextos.

IDEAS CLAVE

- ◆ La obesidad es una enfermedad crónica, prevalente, multifactorial, progresiva y recidivante, caracterizada por una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal disfuncional que perjudica la salud.
- ◆ Las personas que viven con obesidad se enfrentan a prejuicios y estigmas que contribuyen a aumentar la morbimortalidad, independientemente del peso o el índice de masa corporal.
- ◆ Esta actualización refleja avances sustanciales en la epidemiología, las causas, la fisiopatología, la evaluación, la prevención y el tratamiento de la obesidad, y cambia el enfoque de la terapia hacia la mejora de los resultados de salud centrados en el paciente, en lugar de la pérdida de peso como único objetivo.
- ◆ El Sistema de Estadificación de la Obesidad de Edmonton orienta las decisiones clínicas a partir de la evaluación de las personas que viven con obesidad independiente del índice de masa corporal o circunferencia de cintura, y ha demostrado ser un mejor predictor de la mortalidad por todas las causas. Sin embargo, aún no existen estudios que validen este sistema en la población chilena.
- ◆ Esta guía está orientada a los profesionales del área de la salud, en especial de la atención primaria), personas que viven con obesidad, sus familias, y tomadores de decisión vinculados con la gestión y administración de recursos para la atención de la obesidad.
- ◆ Asimismo, se centra en la obesidad en adultos y pretende ser un documento actualizado en el manejo inter y multidisciplinario, libre de estigmatización, que incluya tratamientos que, de acuerdo con la evidencia disponible, han demostrado ser efectivos y seguros.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial compleja, en la cual el exceso de tejido adiposo o la acumulación de tejido adiposo disfuncional tienen consecuencias negativas para la salud, demostradas por su asociación con múltiples enfermedades que aumentan el riesgo de complicaciones médicas a largo plazo. Asimismo, la obesidad lleva a un deterioro de la calidad de vida y a una reducción de la esperanza de vida [1]. Los estudios epidemiológicos la definen mediante el cálculo del índice de masa corporal (IMC: peso dividido por el cuadrado de la altura en metros), que permite estratificar los riesgos para la salud relacionados con la obesidad a nivel poblacional. Operativamente, se diagnostica en pacientes con un índice de masa corporal igual o mayor a 30 kilogramos por metro cuadrado y se subclasifica en clase uno (igual o superior a 30 a 34,9 kilogramos por metro cuadrado), clase dos (igual o mayor a 35 a 39,9 kilogramos por metro cuadrado) y clase tres (igual o superior a 40 kilogramos por metro cuadrado). A nivel poblacional, las complicaciones de salud derivadas del exceso de grasa corporal aumentan a medida que se incrementa el índice de masa corporal [2]. A nivel individual, las complicaciones se producen por una compleja interacción entre el exceso de adiposidad, su ubicación y distribución, y muchos otros factores como los ambientales, genéticos, biológicos y socioeconómicos [3] (Tabla 1).

Durante las últimas tres décadas, la prevalencia de la obesidad ha aumentado de forma constante a nivel mundial [1,2]. En la actualidad, Chile lidera los rankings mundiales de obesidad, presentando una de las prevalencias más altas [4]. Según datos de la última Encuesta Nacional de Salud (2016-2017), la población

de mayores de 15 años con obesidad llega a 34,4%, mientras que el sobrepeso alcanza 40%. Por otro lado, la prevalencia de exceso de peso ha aumentado 6% desde la década de 1980 [5], hasta 74,2% según los datos de la última Encuesta Nacional de Salud [6].

Acorde al aumento sostenido en la prevalencia de la obesidad en nuestro país y sus efectos negativos en la salud, en julio de 2021 se aprobó por unanimidad el Proyecto de Resolución N° 1365, el cual solicita al Presidente de la República “reconocer a la obesidad como una enfermedad crónica cuya prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, debe recibir cobertura financiera por parte del Estado e Instituciones de Salud Previsional, facilitando el acceso de la población a una adecuada atención de salud (consultas; exámenes; fármacos e insumos; procedimientos quirúrgicos; días cama; y controles)” [7]. La aprobación unánime de esta resolución demuestra el reconocimiento de la obesidad como un importante problema de salud pública que debe recibir un tratamiento efectivo y oportuno. La importancia de la obesidad como problema de salud pública queda demostrada no solamente por su impacto negativo en la salud física y psicológica [8], sino también por el significativo aumento en los costos de la atención de salud [9,10]. Adicionalmente, las personas con obesidad experimentan prejuicios y estigmas generalizados sobre el peso, lo que contribuye (independientemente del peso o el índice de masa corporal) a aumentar la morbilidad y la mortalidad [11].

La obesidad está causada por la compleja interacción de múltiples factores genéticos, metabólicos, conductuales y ambientales, y se cree que estos últimos son la causa principal del considerable aumento de su prevalencia [12,13]. Durante las últimas décadas, se ha logrado una mayor comprensión sobre

Tabla 1. Criterios de inclusión para cobertura PAD de FONASA.

Criterios mayores	Criterios menores
Diabetes tipo 2	Prediabetes
Hipertensión arterial	Dislipidemia
Apnea e hipopnea obstructiva del sueño	Hígado graso
Trastorno musculoesquelético severo	Hiperuricemia
Síndrome metabólico	Hipotiroidismo
Insuficiencia renal	Reflujo gastroesofágico

PAD: pago asociado a diagnóstico. FONASA: Fondo Nacional de Salud.

su compleja etiopatogenia y sus fundamentos biológicos [13]. Respecto de la genética de la obesidad, los estudios de asociación de genoma completo en grandes cohortes epidemiológicas han identificado más de 140 regiones en los genes que influyen en la variación del índice de masa corporal, a su vez, las que poseen asociación significativa con el exceso de peso son las regiones intrónicas del gen *FTO* [14]. Existe evidencia de la heredabilidad del peso corporal y la conducta alimentaria; estudios con gemelos mono y dicigóticos han demostrado un grado relativamente alto de aquello [15,16].

El cerebro, a su vez, desempeña un papel fundamental en la homeostasis energética al regular la ingesta de alimentos y el gasto calórico [17]. La disminución de la ingesta de alimentos y el aumento de la actividad física conducen a un balance energético negativo y desencadenan mecanismos metabólicos y neurohormonales de adaptación en cascada [18,19]. Las terapias dirigidas a tratar estas alteraciones de los mecanismos neurohormonales pueden convertirse en herramientas eficaces para el tratamiento de la obesidad a largo plazo [20] (Tabla 2).

ENFOQUE DE LA OBESIDAD

Se han propuesto nuevos enfoques para diagnosticar y evaluar a las personas que viven con obesidad en la práctica clínica [3,12,13,21]. Aunque el índice de masa corporal se utiliza ampliamente para evaluar y clasificar la obesidad, no es una herramienta precisa para pesquisar las complicaciones relacionadas con la adiposidad [13]. La circunferencia de cintura se ha asociado de forma independiente con un aumento del riesgo cardiovascular, pero no es un buen predictor del tejido adiposo visceral de forma individual [22]. La integración del índice de masa corporal y de la circunferencia de cintura en la evaluación clínica puede identificar el fenotipo de mayor riesgo de la obesidad mejor que cada uno de estos parámetros por sí solos, en especial en aquellos individuos con un índice de masa corporal más bajo [23,24]. Además de las mediciones del índice de masa corporal y de la circunferencia de cintura, una historia clínica completa que permita identificar las causas de la obesidad, un examen físico adecuado y las pruebas de laboratorio pertinentes ayudarán a identificar a las personas que se beneficiarán de uno u otro tratamiento [25].

En Canadá, por ejemplo, se ha propuesto el Sistema de Estadificación de la Obesidad de Edmonton (EOSS, por sus

siglas en inglés *Edmonton Obesity Staging System*) para orientar las decisiones clínicas a partir de la evaluación de las personas que viven con obesidad independiente del índice de masa corporal [21,26]. Este sistema de estadificación en cinco etapas considera parámetros metabólicos, físicos y psicológicos para determinar el tratamiento óptimo de la obesidad. En estudios poblacionales, ha demostrado ser un mejor predictor de la mortalidad por todas las causas en comparación con las mediciones del índice de masa corporal o de la circunferencia de cintura por sí solas [27,28]. Sin embargo, aún no existen estudios que validen este sistema en la población chilena.

Se reconoce que el tratamiento de la obesidad debe consistir en la mejoría de la salud y el bienestar, y no únicamente en la pérdida de peso corporal [28,29]. Existe múltiple evidencia que demuestra que las pérdidas modestas de peso, entre 3 y 5% del peso total [30–33], pueden ser suficientes para mejorar los parámetros metabólicos en los pacientes que viven con sobrepeso u obesidad. En un programa piloto de intervención en estilos de vida en adultos con sobrepeso u obesidad y riesgo de diabetes tipo 2, una reducción de peso aproximado de 4% después de cuatro meses de intervención se logró una mejoría significativa en la glicemia de ayunas, insulínemia basal, niveles de colesterol-presión arterial [34]. Sin embargo, hoy se reconoce que el enfoque del tratamiento debe ser amplio y no únicamente centrado en el peso. Dado que la bibliografía existente se basa principalmente en los resultados de la pérdida de peso, varias recomendaciones de esta guía se centran en ello. Sin embargo, se necesita más investigación para cambiar el enfoque terapéutico hacia la mejora de los resultados de salud centrados en el paciente y su calidad de vida, y no solamente en la pérdida de peso.

La narrativa cultural dominante con relación a la obesidad alimenta las suposiciones sobre la irresponsabilidad personal, la falta de fuerza de voluntad y la culpa; además, avergüenza a las personas que viven con obesidad [35]. Es importante destacar que el estigma de la obesidad influye negativamente en el nivel y la calidad de la atención que reciben las personas [36].

Debido a lo anterior, se propone usar una estrategia de aproximación basada en cinco pasos, de manera tal de sistematizar y abarcar cada componente de la historia y el contexto del paciente, con el objetivo de plantear el tratamiento más idóneo.

PASO 1: RECONOCIMIENTO DE LA OBESIDAD COMO ENFERMEDAD CRÓNICA Y OBTENCIÓN DEL PERMISO DEL PACIENTE

Los profesionales del área de la salud deben reconocer y tratar la obesidad como una enfermedad crónica, causada por la acumulación anormal o excesiva de grasa corporal (adiposidad), que perjudica la salud, con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad prematuras [1,2,12,37–39]. Esta enfermedad no se presenta de la misma manera en todos los pacientes y requiere un tratamiento individualizado y apoyo a largo plazo, al igual que cualquier otra enfermedad crónica compleja.

Tabla 2. Resumen de las recomendaciones adoptadas de la guía original.

Intervenciones para reducir los prejuicios en el manejo, práctica y las políticas relacionadas con la obesidad	
Recomendación 1	Los prestadores de atención médica deben evaluar sus propias actitudes y creencias con respecto a la obesidad y considerar cómo sus actitudes y creencias pueden influir en la prestación de la atención (Nivel 1a; Grado A).
Recomendación 2	Los profesionales del área de la salud pueden reconocer que el prejuicio internalizado (prejuicio hacia uno mismo) en las personas que viven con obesidad puede afectar a los resultados de comportamiento y salud (Nivel 2a; Grado B).
Recomendación 3	Los profesionales de la salud deben evitar el uso de palabras enjuiciadoras, cuando trabajen con pacientes que viven con obesidad (Nivel 1a; Grado A). Los profesionales de la salud deben evitar el uso de imágenes enjuiciadoras, cuando trabajen con pacientes que viven con obesidad (Nivel 2b; Grado B). Los profesionales de la salud deben evitar el uso de prácticas enjuiciadoras, cuando trabajen con pacientes que viven con obesidad (Nivel 2a; Grado B).
Recomendación 4	Recomendamos a los profesionales de la salud que eviten dar por sentado que una dolencia o queja que presenta un paciente está relacionada con su peso corporal Nivel 3; Grado C).
Epidemiología de la obesidad en adultos	
Recomendación 5	Los profesionales de la salud pueden reconocer y tratar la obesidad como una enfermedad crónica, causada por una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal (adiposidad), que perjudica la salud, con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad prematuras (Nivel 2b; Grado B).
Recomendación 6	El desarrollo de estrategias basadas en la evidencia a nivel del sistema sanitario y de las políticas puede dirigirse al manejo de la obesidad en los adultos (Nivel 2b; Grado B).
Recomendación 7	La vigilancia longitudinal continua de la obesidad a nivel nacional y regional que incluya datos auto declarados y medidos (es decir, altura, peso, circunferencia de cintura) puede recogerse de forma regular (Nivel 2b; Grado B).
Intervenciones que impactan en las actividades de la vida diaria de las personas con obesidad	
Recomendación 8	Recomendamos que los profesionales del área de la salud pregunten a las personas que viven con obesidad si les preocupa el manejo de las actividades de autocuidado, como bañarse, vestirse, el manejo del aseo genital y de esfínteres, el cuidado de la piel y las heridas, y el cuidado de los pies (Nivel 3; Grado C).
Recomendación 9	Recomendamos que los profesionales del área de la salud evalúen el riesgo de caídas en las personas que viven con obesidad, ya que esto podría interferir con su capacidad e interés en participar en la actividad física (Nivel 3; Grado C).
Evaluación de las personas que viven con obesidad	
Recomendación 10	Sugerimos que los profesionales del área de la salud que participan en la detección, la evaluación y el manejo de las personas que viven con obesidad utilicen el marco de las “5As” para iniciar la discusión pidiendo su permiso y evaluando su disposición a comenzar el tratamiento (Nivel 4; Grado D, consenso).
Recomendación 11	Los profesionales de la salud pueden medir la altura, el peso y calcular el IMC en todos los adultos con un IMC de 25 a 35 kg/m ² (Nivel 2a; Grado B). Los profesionales de la salud pueden medir la circunferencia de cintura en adultos con un IMC de 25 a 35 kg/m ² (Nivel 2b; Grado B).
Recomendación 12	Sugerimos que se incluya en la evaluación una historia completa para identificar las causas que originan el aumento de peso, así como las complicaciones de la obesidad y las posibles barreras al tratamiento (Nivel 4; Grado D).
Recomendación 13	Se recomienda medir la presión arterial en ambos brazos, la glucosa en ayunas o la hemoglobina glucosilada y el perfil lipídico para determinar el riesgo cardiometabólico y, los niveles de alanina aminotransferasa para detectar la enfermedad del hígado graso no alcohólico en las personas con obesidad (Nivel 3; Grado D).
Recomendación 14	Sugerimos que los profesionales del área de la salud consideren el uso del Sistema de Estadificación de la Obesidad de Edmonton para determinar la gravedad de la obesidad y guiar la toma de decisiones clínicas (Nivel 4; Grado D).
El rol de la salud mental en el tratamiento de la obesidad	
Recomendación 15	Se recomienda monitorear periódicamente el peso, la glicemia y el perfil lipídico en personas con un diagnóstico relacionado a la salud mental y que toman medicamentos asociados al aumento de peso (Nivel 3; Grado C).
Recomendación 16	Los profesionales de la salud pueden considerar tanto la eficacia como los efectos sobre el peso corporal a la hora de elegir los medicamentos para el tratamiento de patologías psiquiátricas (Nivel 2a; Grado B).
Recomendación 17	Se debe considerar la indicación de metformina y el tratamiento psicológico, como la terapia cognitivo-conductual, para la prevención del aumento de peso en personas con enfermedades psiquiátricas graves que son tratadas con medicamentos antipsicóticos que se asocian a aumento de peso (Nivel 1a; Grado A).
Recomendación 18	Los profesionales de la salud deben considerar la indicación de lisdexanfetamina y topiramato como terapia complementaria del tratamiento psicológico para el manejo del exceso de peso en personas con obesidad y trastorno por atracón (Nivel 1a; Grado A).

(Cont.)

Tabla 2. Cont.

Terapia de nutrición médica para el tratamiento de la obesidad	
Recomendación 19	Sugerimos que las recomendaciones nutricionales para adultos de cualquier tamaño corporal se personalicen para satisfacer los valores, las preferencias y los objetivos de tratamiento individuales para apoyar un enfoque dietético que sea seguro, eficaz, nutricionalmente adecuado, culturalmente aceptable y asequible para la adherencia a largo plazo (Nivel 4; Grado D).
Recomendación 20	Los adultos que viven con obesidad deben recibir una terapia nutricional personalizada a cargo de un profesional nutricionista para mejorar los resultados de peso corporal, IMC, circunferencia de la cintura, control glicémico y los objetivos establecidos para los lípidos y la presión arterial (Nivel 1a; Grado A).
Recomendación 21	Los adultos con obesidad y alteración en el control de la glicemia (prediabetes) o diabetes tipo 2 pueden recibir una terapia nutricional proporcionada por un profesional nutricionista para reducir el peso corporal y la CC, y mejorar el control glicémico y la presión arterial (Nivel 2a; Grado B).
Recomendación 22	Los adultos con obesidad pueden considerar cualquiera de las múltiples terapias médicas nutricionales para mejorar los resultados relacionados con la salud y pueden elegir los regímenes de alimentación y los enfoques centrados en la alimentación que mejor se adapten a ellos a largo plazo (Recomendación completa, categoría y nivel de evidencia disponibles en el capítulo titulado "Terapia de nutrición médica en el tratamiento de la obesidad").
Recomendación 23	Los adultos que viven con obesidad y prediabetes deben contemplar la posibilidad de someterse a intervenciones conductuales intensivas orientadas a reducir su peso un 5% a 7% con el fin de mejorar el control glicémico, la presión arterial y cumplir con los objetivos de lípidos plasmáticos, reducir la probabilidad de padecer diabetes tipo 2, (Nivel 1a; Grado A), complicaciones microvasculares (retinopatía, nefropatía y neuropatía) y muerte cardiovascular y por otras causas (Nivel 1a; Grado B).
Recomendación 24	Los adultos que viven con obesidad y diabetes tipo 2 deben contemplar la posibilidad de someterse a intervenciones conductuales intensivas orientadas a reducir su peso de 7% a 15% con el fin de potenciar la remisión de la diabetes tipo 2, reducir la incidencia de nefropatía, apnea obstructiva del sueño y depresión (Nivel 1a; Grado A).
Recomendación 25	Recomendamos un enfoque no centrado en la dieta que mejore la calidad de vida, los aspectos psicológicos (bienestar general, percepción de la imagen corporal), los parámetros cardiovasculares, el peso, la actividad física y saber controlar las conductas alimentarias (Nivel 3; Grado C).
Intervenciones de actividad física en el tratamiento de la obesidad	
Recomendación 26	La actividad física aeróbica (de 30 a 60 minutos, con intensidad moderada a vigorosa, la mayoría de los días de la semana) puede considerarse para los adultos que deseen: <ul style="list-style-type: none"> - Lograr pequeñas pérdidas de peso y grasa corporal (Nivel 2a; Grado B). - Lograr reducción de la grasa visceral abdominal y de la grasa ectópica, como la del hígado y el corazón, incluso en ausencia de pérdida de peso (Nivel 1a; Grado A). - Favorecer el mantenimiento del peso tras la pérdida de peso, favorecer el mantenimiento de la masa libre de grasa durante la pérdida de peso y aumentar la aptitud cardiorrespiratoria y la movilidad (Nivel 2a; Grado B).
Recomendación 27	Para los adultos con sobrepeso u obesidad, el entrenamiento de resistencia puede promover el mantenimiento del peso o un modesto aumento de la masa muscular o de la masa libre de grasa y de la movilidad (Nivel 2a; Grado B).
Recomendación 28	El aumento de la intensidad del ejercicio, incluido el entrenamiento por intervalos de alta intensidad, puede lograr un mayor aumento de la capacidad cardiorrespiratoria y reducir la cantidad de tiempo necesaria para lograr beneficios similares a los de la actividad aeróbica de intensidad moderada (Nivel 2a; Grado B).
Recomendación 29	La actividad física regular, con y sin pérdida de peso, puede mejorar muchos factores de riesgo cardiometabólico en adultos con sobrepeso u obesidad, incluidos la hiperglicemia y la sensibilidad a la insulina (Nivel 2a; Grado B), la hipertensión arterial (Nivel 1a; Grado B) y la dislipidemia (Nivel 2a; Grado B).
Recomendación 30	La actividad física regular puede mejorar la calidad de vida relacionada con la salud, los trastornos del estado de ánimo (es decir, la depresión, la ansiedad) y la imagen corporal en adultos con sobrepeso u obesidad (Nivel 2b; Grado B).
Intervenciones psicológicas y conductuales eficaces en el tratamiento de la obesidad	
Recomendación 31	<ul style="list-style-type: none"> - Las intervenciones psicológicas multicomponentes (que combinan la modificación de la conducta [fijación de objetivos, autocontrol, resolución de problemas], la terapia cognitiva (reestructuración) y las estrategias basadas en valores para modificar la dieta y la actividad) deben incorporarse a los planes de atención para la pérdida de peso, y la mejora del estado de salud y la calidad de vida (Nivel 1a; Grado A). - Las intervenciones psicológicas multicomponentes deben promover la adherencia, la confianza y la motivación intrínseca (Nivel 1b; Grado A).

(Cont.)

Tabla 2. Cont.

Recomendación 32	Los profesionales del área de la salud deben proporcionar una atención longitudinal con mensajes coherentes a las personas que viven con obesidad, con el fin de: apoyar el desarrollo de la confianza en la superación de las barreras (autoeficacia) y la motivación intrínseca (razones personales y significativas para cambiar); animar al paciente a establecer y secuenciar objetivos de salud que sean realistas y alcanzables; automonitorear el comportamiento y analizar los contratiempos utilizando la resolución de problemas y el pensamiento adaptativo (reestructuración cognitiva), incluyendo aclarar y reflexionar sobre los comportamientos basados en valores (Nivel 1a; Grado A).
Recomendación 33	Los profesionales de la salud deberían pedir permiso a las personas que viven con obesidad para educarlas en que el éxito en el tratamiento de la obesidad está relacionado con la mejora de la salud, la función y la calidad de vida resultante de los objetivos de comportamiento alcanzables y no en la cantidad de pérdida de peso (Nivel 1a; Grado A).
Recomendación 34	Los profesionales de la salud deben proporcionar sesiones de seguimiento repetidas y consistentes, con relevancia para apoyar el desarrollo de la autoeficacia y la motivación intrínseca. Una vez que se ha establecido un acuerdo para seguir un camino (conducta de salud y/o medicación y/o vías quirúrgicas), las sesiones de seguimiento deben repasar los mensajes anteriores de una manera consistente con la repetición (el papel del proveedor) y con la relevancia (el papel del paciente) para apoyar el desarrollo de la autoeficacia y la motivación intrínseca (Nivel 1a; Grado A).
Farmacoterapia en el tratamiento de la obesidad	
Recomendación 35	La farmacoterapia para la pérdida de peso puede utilizarse en personas con un IMC ≥ 30 kg/m ² o un IMC ≥ 27 kg/m ² con complicaciones relacionadas con la adiposidad, junto con una terapia médica nutricional, actividad física e intervenciones psicológicas (liraglutida 3,0 mg, combinación de naltrexona y bupropión, orlistat) (Nivel 2a; Grado B).
Recomendación 36	Para las personas que viven con diabetes tipo 2 y un IMC ≥ 27 kg/m ² , se puede utilizar la farmacoterapia junto con cambios saludables en el comportamiento para la pérdida de peso y la mejora del control glicémico: <ul style="list-style-type: none"> - Uso de liraglutida 3,0 mg (Nivel 1a; Grado A). - Combinación de naltrexona y bupropión, o uso de orlistat (Nivel 2a; Grado B).
Recomendación 37	Se recomienda la farmacoterapia junto con cambios en la conducta de salud para las personas que viven con prediabetes y sobrepeso u obesidad (IMC ≥ 27 kg/m ²) para retrasar o prevenir la diabetes tipo 2 (liraglutida 3,0 mg; orlistat) (Nivel 2a; Grado B).
Recomendación 38	No sugerimos el uso de medicamentos de prescripción o de venta libre que no sean los aprobados para el control de peso (Nivel 4; Grado D, consenso).
Recomendación 39	Para las personas que viven con sobrepeso u obesidad y que requieren farmacoterapia para otras condiciones de salud, se sugiere elegir medicamentos que no estén asociados con el aumento de peso (Nivel 4; Grado D, consenso).
Cirugía bariátrica: selección y preparación preoperatoria	
Recomendación 40	Sugerimos que se complete una evaluación médica y nutricional completa y se corrijan las deficiencias nutricionales en los candidatos a la cirugía bariátrica (Nivel 4; Grado D)
Recomendación 41	Dejar de fumar en el preoperatorio puede minimizar las complicaciones perioperatorias y postoperatorias (Nivel 2a; Grado B).
Recomendación 42	Sugerimos la detección y el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño en las personas que desean someterse a una cirugía bariátrica (Nivel 4; Grado D).
Cirugía bariátrica: opciones quirúrgicas y resultados	
Recomendación 43	La cirugía bariátrica puede considerarse para personas con IMC ≥ 40 kg/m ² o IMC ≥ 35 kg/m ² con al menos una enfermedad relacionada con la adiposidad (Nivel 4; grado D, consenso) para reducir la mortalidad global a largo plazo (Nivel 2b; Grado B), inducir una pérdida de peso significativamente mayor a largo plazo en comparación con el tratamiento médico solo (Nivel 1a; Grado A), inducir el control y la remisión de la diabetes tipo 2, en combinación con el mejor tratamiento médico, sobre el mejor tratamiento médico solo (Nivel 2a; Grado B), mejorar significativamente la calidad de vida (Nivel 3; Grado C) e inducir la remisión a largo plazo de la mayoría de las enfermedades relacionadas con la adiposidad, incluyendo la dislipidemia, la hipertensión, la esteatosis hepática y la esteatohepatitis no alcohólica (Nivel 3; Grado C).
Recomendación 44	La cirugía bariátrica debe considerarse en pacientes con diabetes tipo 2 mal controlada y obesidad de clase 1 (IMC de 30 a 35 kg/m ²) a pesar de un tratamiento médico óptimo (Nivel 1a; Grado A).
Recomendación 45	La cirugía bariátrica puede considerarse para la pérdida de peso y/o para controlar las enfermedades relacionadas con la adiposidad en personas con obesidad de clase 1, en las que el tratamiento médico y conductual óptimo ha sido insuficiente para producir una pérdida de peso significativa (Nivel 2a; Grado B).
Recomendación 46	Sugerimos que la elección del procedimiento bariátrico (gastrectomía en manga, bypass gástrico o <i>switch</i> duodenal) se decida según la necesidad del paciente, en colaboración con un equipo interprofesional experimentado (Nivel 4; Grado D, consenso).

(Cont.)

Tabla 2. Cont.

Recomendación 47	Sugerimos no indicar la banda gástrica ajustable debido a las complicaciones inaceptables y al fracaso a largo plazo de este procedimiento (Nivel 4; Grado D).
Recomendación 48	Sugerimos que el bypass gástrico de anastomosis única no se indique de forma rutinaria, debido a las complicaciones a largo plazo en comparación con el bypass gástrico en Y de Roux (Nivel 4; Grado D).
Cirugía bariátrica: tratamiento postoperatorio	
Recomendación 49	Los profesionales del área de la salud pueden promover y animar a las personas que se han sometido a una cirugía bariátrica a participar y maximizar su acceso a las intervenciones conductuales y a los servicios relacionados de salud en un centro de cirugía bariátrica (Nivel 2a; Grado B).
Recomendación 50	Sugerimos que los centros de cirugía bariátrica entreguen a los centros de atención primaria un plan de atención integral para los pacientes que reciban el alta, que incluya un informe del procedimiento bariátrico, los números de contacto para emergencias, los análisis de sangre anuales necesarios, los suplementos vitamínicos y minerales a largo plazo, los medicamentos y las intervenciones conductuales, así como cuándo volver a derivarlos en caso de necesidad (Nivel 4; Grado D, consenso).
Recomendación 51	Sugerimos que, después de que un paciente haya sido dado de alta del centro quirúrgico bariátrico, los centros de atención primaria realicen u controles anuales que incluyan: medición del peso, ingesta alimentaria, actividad física, cumplimiento de los suplementos multivitamínicos y minerales, evaluación de las comorbilidades y pruebas de laboratorio para evaluar y tratar las deficiencias nutricionales según sea necesario (Nivel 4; Grado D, consenso).
Recomendación 52	Sugerimos que los centros de atención primaria consideren la derivación al centro de cirugía bariátrica o a un especialista local en caso de síntomas gastrointestinales, problemas nutricionales, embarazo, necesidad de apoyo psicológico, recuperación de peso u otros problemas médicos relacionados con la cirugía bariátrica, como se describe en el capítulo titulado "Cirugía bariátrica: manejo postoperatorio" (Nivel 4; Grado D, consenso).
Recomendación 53	Sugerimos que los centros de cirugía bariátrica ofrezcan un seguimiento y pruebas de laboratorio adecuadas a intervalos regulares después de la cirugía, con acceso a los profesionales de la salud adecuados (nutricionista, enfermera, trabajador social, médico, cirujano, psicólogo o psiquiatra) hasta que el alta se considere adecuada para el paciente (Nivel 4; Grado D, consenso).
La atención primaria y la atención de salud primaria en el manejo de la obesidad	
Recomendación 54	Recomendamos que los médicos de atención primaria identifiquen y diagnostiquen a las personas con sobrepeso y obesidad, e inicien con ellas conversaciones centradas en la salud del paciente (Nivel 3; Grado C).
Recomendación 55	Recomendamos que los profesionales de la salud se aseguren de pedir permiso a las personas antes de hablar del peso o de tomar medidas antropométricas (Nivel 3; Grado C).
Recomendación 56	Las intervenciones de atención primaria deben utilizarse para aumentar los conocimientos y las habilidades de los pacientes sobre el control del peso como una manera eficaz de controlar el peso (Nivel 1a; Grado A).
Recomendación 57	Los médicos de atención primaria deberían derivar las personas con obesidad a programas multidisciplinarios de atención primaria con estrategias personalizadas de control de la obesidad como forma eficaz de apoyar el control de la obesidad (Nivel 1b; Grado B).
Recomendación 58	Los profesionales de atención primaria en salud pueden utilizar la discusión colaborativa a través de la entrevista motivacional para adaptar los planes de acción al contexto vital de los individuos de forma manejable y sostenible para apoyar la mejoría de la salud física y emocional, y el control del peso (Nivel 2b; Grado C).
Recomendación 59	Las intervenciones dirigidas a un grupo étnico específico deben tener en cuenta la diversidad de prácticas psicológicas y sociales en relación con el exceso de peso, la alimentación y la actividad física, así como las circunstancias socioeconómicas, ya que pueden diferir entre los grupos y dentro de los mismos (Nivel 1b; Grado B).
Recomendación 60	Las intervenciones transversales de atención primaria deben centrarse en pequeños cambios de comportamiento incrementales y personalizados (el "enfoque de los pequeños cambios") para que sean eficaces a la hora de ayudar a las personas a controlar su peso (Nivel 1b; Grado B).
Recomendación 61	Los programas multicomponentes de atención primaria deben considerar las estrategias personalizadas de manejo de la obesidad como una forma efectiva de apoyar a las personas que viven con obesidad (Nivel 1b; Grado B).
Recomendación 62	Las intervenciones de atención primaria basadas en el comportamiento (nutrición, ejercicio, estilo de vida), como terapia única o en combinación con la farmacoterapia, deberían utilizarse para controlar el sobrepeso y la obesidad (Nivel 1a; Grado A).
Recomendación 63	Las sesiones de dieta y actividad física en grupo basadas en el Programa de Prevención de la Diabetes y en los programas Look AHEAD (Acción para la Salud en la Diabetes) deberían utilizarse como una opción de gestión eficaz para los adultos con sobrepeso y obesidad (Nivel 1b; Grado A).
Recomendación 64	Las intervenciones que utilizan la tecnología para aumentar el alcance a un mayor número de personas de forma asincrónica deberían ser una intervención potencialmente viable de menor costo en un entorno comunitario (Nivel 1b; Grado B).

(Cont.)

Tabla 2. Cont.

Recomendación 65	Los educadores de los programas de pregrado, postgrado y de formación continua para los profesionales de la atención primaria de la salud deben ofrecer cursos y experiencias clínicas para abordar las lagunas en las habilidades, el conocimiento de la evidencia y las actitudes necesarias para apoyar con confianza y eficacia a las personas que viven con obesidad (Nivel 1a; Grado A).
Productos y programas comerciales para el control de la obesidad	
Recomendación 66	No recomendamos el uso de productos comerciales de venta libre para el control de la obesidad, debido a la falta de evidencia (Nivel 4; Grado D).
Recomendación 67	No sugerimos que se utilicen programas comerciales de pérdida de peso para mejorar el control de la presión arterial y los lípidos en los adultos con obesidad (Nivel 4; Grado D).
Uso de tecnologías emergentes y medicina virtual en el tratamiento de la obesidad	
Recomendación 68	La aplicación de las estrategias de gestión puede llevarse a cabo a través de plataformas basadas en la web (por ejemplo, educación en línea sobre la terapia de nutrición médica y la actividad física) o dispositivos móviles (por ejemplo, el informe de peso diario a través de una aplicación de teléfono inteligente) en el manejo de la obesidad (Nivel 2a; Grado B).
Recomendación 69	Sugerimos que los profesionales del área de la salud incorporen la retroalimentación y el seguimiento individualizados (por ejemplo, el entrenamiento personalizado o la retroalimentación por teléfono o correo electrónico) en las estrategias de gestión basadas en la tecnología para mejorar los resultados de la pérdida de peso (Nivel 4; Grado D).
Recomendación 70	El uso de la tecnología portable de seguimiento de la actividad debería formar parte de una estrategia global de control del peso (Nivel 1a; Grado A).
Control del peso durante la edad reproductiva de las mujeres adultas con obesidad	
Recomendación 71	Recomendamos que los profesionales de atención primaria discutan con las mujeres adultas con obesidad los objetivos de control de peso específicos para la edad reproductiva: <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de peso antes de la concepción (Nivel 3; Grado C). - Aumento de peso gestacional sugerido de 5 a 9 kg durante todo el embarazo (Nivel 4; Grado D). - Pérdida de peso posparto de -como mínimo- el aumento de peso gestacional para reducir el riesgo de resultados adversos en un futuro embarazo (Nivel 3; Grado C).
Recomendación 72	Los centros de atención primaria deben ofrecer intervenciones de cambio de estilo de vida que incluya tanto la nutrición como la actividad física a las mujeres adultas con obesidad que estén: <ul style="list-style-type: none"> - Considerando un embarazo, con el fin de alcanzar los objetivos de peso (Nivel 3; Grado C). - Embarazadas, con el fin de alcanzar los objetivos de peso (Nivel 2a; Grado B). - En el posparto, con el fin de alcanzar los objetivos de peso (Nivel 1a; Grado A).
Recomendación 73	Recomendamos que los profesionales de atención primaria animen y apoyen a las embarazadas con obesidad a consumir alimentos saludables para alcanzar su objetivo de aumento de peso gestacional (Nivel 3; Grado C).
Recomendación 74	Recomendamos que los prestadores de atención primaria animen y apoyen a las pacientes embarazadas con obesidad (que no tengan contraindicaciones) para que realicen al menos 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada, con el fin de ayudar a controlar el aumento de peso gestacional (Nivel 3; Grado C).
Recomendación 75	Los profesionales de la salud no deben prescribir metformina para manejar el aumento de peso gestacional en las embarazadas con obesidad (Nivel 1b; Grado A). Se sugiere no utilizar medicamentos para el control de peso durante el embarazo o la lactancia (Nivel 4; Grado D).
Recomendación 76	Recomendamos que se ofrezca a las mujeres con obesidad un apoyo adicional que promueva y facilite la lactancia materna debido a la tendencia a la disminución en las tasas de inicio y mantención de la misma (Nivel 3; Grado C).

CC: Circunferencia de cintura. IMC: Índice de masa corporal.

El prejuicio por el peso corporal en el cuidado de la salud puede reducir la calidad de la atención de las personas con obesidad [36]. Una de las claves para reducir los prejuicios, el estigma y la discriminación relacionados con el peso en las instancias sanitarias es que los profesionales del área de la salud sean conscientes de sus propias actitudes y comportamientos hacia las personas que viven con obesidad [40].

Los profesionales del área de la salud no deben asumir que todos los pacientes están preparados para iniciar un tratamiento para la obesidad. Para evaluar esto, deben pedir permiso al paciente para hablar de la obesidad y, de obtenerlo, se puede

comenzar a hablar de la evaluación pertinente y de las posibilidades de tratamiento [41,42].

PASO 2: EVALUACIÓN

Se debe promover un enfoque holístico, centrado en comportamientos saludables, y abordar las causas subyacentes del aumento de peso, evitando narrativas estigmatizantes y demasiado simplistas.

La medición directa de la altura, el peso, la circunferencia de cintura y el cálculo del índice de masa corporal deberían incluirse en la exploración física rutinaria de todos los adultos. Aunque el índice de masa corporal tiene sus limitaciones, sigue siendo una herramienta valiosa para fines de detección y para los índices de salud de la población [43]. En el caso de las personas con un índice de masa corporal elevado (de 25 a 34,9 kilogramos por metro cuadrado), debe medirse regularmente la circunferencia de cintura para identificar a los individuos con mayor adiposidad visceral y riesgos para la salud relacionados con ella [44].

Las causas fundamentales de la obesidad incluyen factores biológicos como la genética, la epigenética, los mecanismos neurohormonales, las enfermedades crónicas asociadas y los medicamentos que provocan aumento del tejido adiposo y del peso corporal; las prácticas y creencias socioculturales; los determinantes sociales de la salud; el entorno construido, las experiencias vitales individuales como las experiencias infantiles adversas; y los factores psicológicos como el estado de ánimo, la ansiedad, el trastorno por atracón, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, la autoestima y la identidad, entre otros [41]. Trabajar con las personas para comprender su contexto y su cultura, e integrar sus causas, permite desarrollar planes de intervención personalizados. Estos planes pueden integrarse en las relaciones terapéuticas a largo plazo para el seguimiento de la obesidad y las comorbilidades relacionadas, incluyendo el tratamiento de las causas de la obesidad. Se recomienda obtener una historia completa para identificar estas causas, así como las barreras físicas, mentales y psicosociales para un posible tratamiento. La exploración física, el laboratorio, el diagnóstico por imagen y otras investigaciones deben llevarse a cabo según el criterio clínico. También recomendamos medir la presión arterial en ambos brazos y obtener valores de glicemia en ayunas o hemoglobina glucosilada, así como un panel de lípidos para determinar el riesgo cardiometabólico, y, cuando estén indicados, los niveles de transaminasas en conjunto con una ecografía de abdomen para detectar hígado graso no alcohólico.

PASO 3: DISCUSIÓN DE LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO

Las personas que viven con obesidad deben recibir planes de atención individualizados que aborden de raíz las causas y proporcionen apoyo para el cambio de comportamiento (por ejemplo, nutrición, actividad física) y terapias complementarias, las cuales pueden incluir intervenciones psicológicas, farmacológicas y quirúrgicas.

Nutrición y ejercicio

Todas las personas, independientemente de su tamaño o composición corporal, se beneficiarían de la adopción de un plan nutricional saludable y equilibrado y de la realización de actividad física regular. La actividad aeróbica (30 a 60 minutos) la mayoría de los días de la semana puede conducir a una pequeña

pérdida de peso y grasa, a la mejora de parámetros cardiometabólicos y al mantenimiento de la pérdida de peso [45]. La pérdida de peso y su mantenimiento requieren una reducción de la ingesta calórica a largo plazo. La adherencia a un patrón de alimentación a largo plazo, saludable y personalizado tanto para satisfacer los valores y preferencias individuales como las necesidades nutricionales y los objetivos del tratamiento, constituye un elemento importante para controlar la salud y el peso. La terapia nutricional es una base para el tratamiento de las enfermedades crónicas [46,47]. Sin embargo, no debe utilizarse de forma aislada en el tratamiento de la obesidad, ya que mantener la pérdida de peso puede ser difícil a largo plazo debido a que los mecanismos compensatorios del cerebro promueven una ingesta calórica positiva, con aumento del hambre y, como consecuencia, el aumento de peso [48,49]. La terapia nutricional, en combinación con otras intervenciones (psicológicas, farmacológicas, quirúrgicas), debe adaptarse a los resultados relacionados con la salud o el peso del individuo [46,50]. La magnitud de la pérdida de peso varía sustancialmente entre los individuos, dependiendo de factores biológicos y psicosociales y no simplemente del esfuerzo individual. El peso en el que el cuerpo se estabiliza al adoptar comportamientos saludables puede denominarse "peso óptimo" y puede que no sea un peso "ideal" en la escala del índice de masa corporal. Alcanzar un índice de masa corporal "ideal" puede ser muy difícil. Si se necesita una pérdida de peso para mejorar la salud y el bienestar más allá de lo que puede lograrse con la modificación de la conducta, pueden considerarse opciones terapéuticas farmacológicas y quirúrgicas más intensas.

Tratamientos psicológicos y conductuales

Todas las intervenciones, como las estrategias de alimentación saludable y actividad física, la adherencia a la medicación o los enfoques de preparación y adaptación a la cirugía, se basan en el cambio de comportamiento [51]. Las intervenciones psicológicas y conductuales son el "cómo" del cambio, ya que permiten al clínico guiar al paciente hacia los comportamientos recomendados que pueden mantenerse a largo plazo [52].

Farmacoterapia

Recomendamos la terapia farmacológica complementaria para la pérdida de peso y el mantenimiento de dicha pérdida para los individuos con un índice de masa corporal igual o superior a 30 kilogramos por metro cuadrado, o un índice de masa corporal igual o mayor a 27 kilogramos por metro cuadrado con complicaciones relacionadas con la adiposidad, con el objetivo de apoyar la terapia nutricional, la actividad física, las intervenciones psicológicas y las quirúrgicas. Las opciones disponibles en nuestro país incluyen liraglutida de tres miligramos, la combinación de naltrexona y bupropión, orlistat y fentermina. La farmacoterapia aumenta la magnitud de la pérdida de peso más allá de lo que pueden conseguir los cambios de comportamiento en materia de salud por sí solos y es importante en la prevención de la recuperación de peso [53–57].

Cirugía bariátrica: puede considerarse para las personas con índices de masa corporal igual o superior a 40 kilos por metro cuadrado o igual o superior a 35 kilos por metro cuadrado con al menos una enfermedad relacionada con la obesidad, y en índices de masa corporal entre 30 y 35 kilos por metro cuadrado con diabetes mellitus tipo 2 con mal control metabólico a pesar de recibir tratamiento farmacológico en máximas dosis. La decisión sobre el tipo de cirugía debe tomarse en colaboración con un equipo multidisciplinario, equilibrando las expectativas del paciente, su condición médica y los beneficios y riesgos esperados de la cirugía.

PASO 4: ACUERDO SOBRE LOS OBJETIVOS DE LA TERAPIA

Dado que la obesidad es una enfermedad crónica, su tratamiento a largo plazo implica la colaboración entre el paciente y los profesionales del área de la salud [58]. Estos últimos deben hablar con sus pacientes y acordar expectativas realistas, tratamientos centrados en la persona y objetivos sostenibles para el cambio de comportamiento y los resultados de salud [59]. Las acciones útiles en las consultas de atención primaria para mitigar el estigma contra la obesidad incluyen el reconocimiento explícito de los múltiples factores determinantes del peso, desbaratando los estereotipos de fracaso o éxito personal ligados a la composición corporal, centrándose en los tratamientos conductuales para mejorar la salud en general y redefiniendo el éxito como un cambio de conducta saludable independientemente del tamaño corporal o el peso [60,61].

PASO 5: SEGUIMIENTO Y PROMOCIÓN AL ACCESO

Es necesario abogar por una atención más eficaz para las personas que viven con obesidad. Esto incluye la mejora de la formación y el aprendizaje permanente de los profesionales de la salud para que sean capaces de ofrecer una atención eficaz y basada en la evidencia. También es necesario apoyar la asignación de recursos sanitarios para mejorar el acceso a opciones terapéuticas conductuales, farmacológicas y quirúrgicas eficaces.

Ninguno de los medicamentos para el manejo de la obesidad disponibles en Chile tiene cobertura por parte del Fondo Nacional de Salud (FONASA), ni por las instituciones de salud previsional y solamente algunas aseguradoras privadas cubren parte de su costo bajo ciertas circunstancias. Lo mismo ocurría con el acceso a la cirugía bariátrica hasta que, a partir de marzo del 2022, se activó el sistema de Bono de Pago Asociado a Diagnóstico (PAD)(Tabla 1), por medio del cual el Fondo Nacional de Salud copagará un monto en las cirugías de *bypass* gástrico y gastrectomía vertical, en los siguientes casos:

- Pacientes de 18 a 65 años.
- Todo paciente con índice de masa corporal mayor a 40 kilos por metro cuadrado.

- Pacientes con índice de masa corporal de 35 a 40 kilos por metro cuadrado con comorbilidades (un criterio mayor más un criterio menor, o tres criterios menores).
- Pacientes con índice de masa corporal de 30 a 35 kilos por metro cuadrado con diabetes tipo 2 de difícil manejo (o dos criterios mayores y uno menor).

DESARROLLO DE LA GUÍA

ALCANCE

El público objetivo de esta guía son los profesionales del área de la salud (principalmente aquellos que trabajan en la atención primaria), las personas que viven con obesidad y sus familias. La guía también puede ser utilizada por los responsables políticos, legisladores o tomadores de decisión relacionados con la gestión y administración de recursos para la atención de la obesidad. Esta guía se centra en la obesidad en adultos y pretende ser un documento actualizado en el manejo inter y multidisciplinario, libre de estigmatización, que incluya tratamientos que, de acuerdo con la evidencia disponible, han demostrado ser efectivos y seguros. Las recomendaciones clínicas son utilizadas como una guía para los profesionales del área de la salud. Las limitaciones de recursos y las preferencias individuales de los pacientes pueden dificultar la puesta en práctica de todas las recomendaciones, pero la guía pretende mejorar el estándar y el acceso a la atención de las personas con obesidad en todas las regiones de Chile.

METODOLOGÍA

La guía de práctica clínica canadiense para la obesidad en adultos fue desarrollada por *Obesity Canada* y la *Canadian Association of Bariatric Physicians and Surgeons*, siendo publicada en agosto de 2020. Teniendo en cuenta los amplios recursos utilizados para el desarrollo de una guía de práctica clínica y dado el alto interés que presentaron algunos países, *Obesity Canada* desarrolló un proyecto piloto diseñado para adaptarla e implementarla a los contextos locales de otros países.

COMPOSICIÓN DEL GRUPO PARTICIPANTE EN EL DESARROLLO DE LA GUÍA

En Chile el proyecto fue adjudicado, luego de una postulación formal, a la Sociedad Chilena de Cirugía Bariátrica y Metabólica, quedando la Dra. Yudith Preiss Contreras, especialista en Nutrición Clínica del Adulto y miembro de la Sociedad Chilena de Cirugía Bariátrica y Metabólica, como encargada del desarrollo del proyecto. Además, se contó con la orientación técnica de la Dra. Ximena Ramos Salas, directora de Investigación y Políticas de *Obesity Canada*, quien coordinó el desarrollo de la guía en Canadá, y con Miguel Alejandro Saquimux Contreras, asistente de investigación de *Obesity Canada*.

La Sociedad Chilena de Cirugía Bariátrica y Metabólica estableció un Comité Ejecutivo conformado por cuatro participantes:

el presidente y ex presidente de la Sociedad Chilena de Cirugía Bariátrica y Metabólica, y dos especialistas en el manejo médico y quirúrgico de la obesidad, un médico especialista en nutrición clínica de personas adultas y un cirujano bariátrico, quien además se desempeñaba secretario de la Sociedad Chilena de Cirugía Bariátrica y Metabólica: Francisco Pacheco Bastidas, Claudio Canales Ferrada, Yudith Preiss Contreras y Rodrigo Muñoz Claro, respectivamente. Además, con el objetivo de involucrar a la mayor cantidad de profesionales, científicos y académicos relacionados con el estudio y manejo de la obesidad en nuestro país, se constituyó un Comité Intersocietario, que incluyó a la Asociación Chilena de Nutrición Clínica, Obesidad y Metabolismo, la Sociedad Chilena de Medicina Familiar, la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, la Sociedad Chilena de Nutrición, la Sociedad Chilena de Medicina del Sueño y la Sociedad Chilena de Ginecología y Obstetricia, cuyos representantes participaron del Comité Ejecutivo Ampliado, como autores de capítulos y/o como revisores externos.

La selección de los autores incluyó representantes de la red de salud pública y privada. El número de autores participantes por capítulo osciló entre dos y cinco. Adicionalmente, se contó con expertos metodológicos para realizar el proceso de actualización de la evidencia y adaptación de la guía. El equipo completo de autores, comité directivo, metodólogos independientes y administrativos brindaron apoyo en la coordinación y desarrollo del proyecto. El capítulo de metodología resume el proceso de desarrollo de la guía y las responsabilidades de cada grupo participante.

Este proceso no contó con la participación de pacientes, debido a que en esta primera etapa no se logró implementar una estructura administrativa capaz de realizar una convocatoria abierta y transparente para que organizaciones y/o personas interesadas pudieran participar de manera significativa (disponibilidad de tiempo para reuniones semanales, manejo fluido del idioma inglés, participación en organizaciones no gubernamentales representativas, entre otros criterios). Esperamos que, en un futuro, cuando se desarrolle el proceso de actualización de esta guía, contemos con la capacidad de convocar a personas y organizaciones de pacientes asegurando un involucramiento activo que refleje sus capacidades y aportes.

Tampoco se contó con la participación de representantes de pueblos originarios, debido a que, en Canadá, el capítulo específico de pueblos indígenas fue el resultado de un proceso de investigación que indagó sobre las percepciones y acciones sobre la obesidad en estos pueblos. Esto no fue posible de ser realizado en este momento del proyecto. El afán del Comité Ejecutivo es incluir en una próxima actualización un capítulo que responda a las realidades de los pueblos originarios que viven en Chile.

Para el desarrollo de esta adaptación, se utilizó el marco GRADE para la adopción, adaptación y desarrollo *de novo* de recomendaciones confiables, conocido como GRADE-ADOLOPMENT [62], usando como base la guía desarrollada

por Canadá[26]. En primer lugar, cada panel de autores evaluó las recomendaciones de la guía original, identificando cuáles recomendaciones podrían ser adoptadas después de considerar todos los criterios en el marco *GRADE-Evidence to Decision* (EtD), además de evaluar los juicios que llevaron a la formulación final de las recomendaciones originales. De un total de 80 recomendaciones originales, 76 fueron consideradas a ser adoptadas, sin necesidad de realizar modificaciones.

Sólo una recomendación original fue adaptada, identificándose juicios suficientes para cambiar la fuerza y dirección de la recomendación original.

Las recomendaciones finales adoptadas y la recomendación adaptada se pueden observar en las Tablas 2 y 4 respectivamente. La descripción completa de la metodología utilizada se puede encontrar en el capítulo de Metodología de la Guía Chilena de Obesidad.

En segundo lugar, el comité ejecutivo realizó un proceso de priorización de preguntas clínicas *de novo*, que fueran consideradas clave e indispensables para la guía chilena y que no fueron abordadas en la guía desarrollada para Canadá. Los autores chilenos enviaron 41 preguntas posibles para realizar nuevas recomendaciones. Los miembros del panel identificaron y seleccionaron finalmente 12 preguntas con el objetivo de desarrollar recomendaciones *de novo*, es decir, se realizó una nueva búsqueda, selección y síntesis de la evidencia.

REVISIÓN DE LA LITERATURA Y EVALUACIÓN DE LA CERTEZA DE LA EVIDENCIA

Se llevó a cabo una búsqueda de revisiones sistemáticas en la plataforma L'OVE (*Living Overview of Evidence*, disponible en www.iloveevidence.com). Se trata de un sistema que mapea y organiza la evidencia por tópicos de salud, manteniendo la evidencia continuamente actualizada a través de un repositorio central, que es la base de datos Epistemonikos (disponible en <https://www.epistemonikos.org>) [63]. Esta base de datos realiza búsquedas de manera regular en 10 fuentes de información: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Pubmed/MEDLINE*, *EMBASE*, *CINAHL*, *PsycINFO*, *LILACS*, *DARE*, *Campbell Library*, *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* and *EPPI-Centre Evidence Library*. Adicionalmente, se realizó una búsqueda de ensayos clínicos aleatorizados no incluidos en revisiones sistemáticas a través de la base de datos *Pubmed/MEDLINE*. Dos revisores realizaron el cribado, selección y posterior extracción de datos de los estudios incluidos para cada pregunta nueva de la guía. Posteriormente, se crearon perfiles de evidencia, utilizando los resúmenes de las tablas de resultados (*Summary of Findings*, SoF), realizando una evaluación de la certeza de la evidencia. Para realizar la formulación de las recomendaciones finales, se procedió a completar el marco EtD (*Evidence to Decision*) [64], para lo que se utilizó el software iEtD para ayudar al panel a documentar y seguir el proceso de la recomendación [65]. En

Tabla 3. Esquema de clasificación de la evidencia.

Certeza de la evidencia	
Alta	Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se encuentra cercano a la estimación del efecto.
Moderada	Estamos moderadamente confiados en la estimación del efecto. Es probable que el verdadero efecto esté cerca de la estimación, pero existe la posibilidad que sea sustancialmente diferente.
Baja	Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada. El verdadero efecto puede ser sustancialmente diferente de la estimación.
Muy baja	Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto. Es probable que el verdadero efecto sea sustancialmente diferente de la estimación.
Fuerza de la recomendación	
Fuerte a favor/en contra	Si el panel confía en el balance entre las consecuencias deseables y las indeseables, hace una recomendación fuerte a <i>favor</i> (deseable supera indeseable) o en <i>contra</i> (lo indeseable pesa más que lo deseable)
Condicional a favor/ en contra	Si el panel tiene menos confianza en el balance entre las consecuencias deseables y las indeseables, ofrece una recomendación débil.
Verbos usados en la redacción de la recomendación	
Fuerte	“Recomendamos”
Condicional	“Sugerimos”

una reunión realizada de manera presencial en noviembre de 2021, el equipo de Epistemonikos capacitó a los autores en el uso de la plataforma.

Se realizó un proceso iterativo entre los miembros del panel, que involucró a los líderes y autores de los diferentes capítulos. Para cada una de las 12 recomendaciones, el equipo metodológico de la Fundación Epistemonikos realizó los perfiles de evidencia y la evaluación de su calidad. Para las recomendaciones clínicas se usó el marco GRADE – EtD [62], lo que permitió un proceso de consenso estructurado y una documentación transparente de todos los juicios emitidos por los participantes.

Los líderes y participantes de cada capítulo votaron en cada pregunta nueva para asegurar consenso, evaluando la evidencia que respalda cada una. Se evaluó la certeza de la evidencia utilizando el enfoque GRADE, que define la certeza como el grado de confianza en que la estimación de un efecto es adecuada para apoyar una determinada decisión o recomendación [66]. Esta se clasifica como “alta”, “moderada”, “baja” o “muy baja” según la evidencia disponible para cada pregunta de la guía. La fuerza de una recomendación puede ser fuerte, o condicional (también conocido como débil); entender la interpretación de esto es importante para la toma de decisiones [67].

Para la redacción final de las recomendaciones, el panel emitió un consenso de juicios que permitió determinar la fuerza y dirección de cada recomendación, reflejando el grado de confianza que se tenía sobre los efectos deseables o no deseables de cada intervención. Las recomendaciones fueron categorizadas en fuertes o débiles de acuerdo con la certeza de la evidencia y el efecto que tienen sobre los desenlaces de importancia. Las recomendaciones fueron formuladas por el comité directivo, líderes y autores de capítulos basados en el más alto nivel de evidencia disponible (Tabla 3).

Sólo una recomendación original fue adaptada, identificándose evidencia local vinculada al costo y accesibilidad de la intervención suficientes para cambiar la fuerza y dirección de la recomendación original, manteniendo el nivel de certeza de la evidencia, pero disminuyendo la fuerza de la recomendación (Tabla 4).

Las recomendaciones nuevas, junto con la recomendación adaptada, se describen en la Tabla 4. Una descripción completa de la evidencia que respalda las recomendaciones finales se puede encontrar como material suplementario en "Resumen y síntesis de evidencia". Estas recomendaciones no fueron revisadas ni aprobadas por el comité original de la guía canadiense

DISEMINACIÓN E IMPLEMENTACIÓN

Esta guía pretende mantenerse como un documento vivo, que se actualice constantemente y permita a pacientes, profesionales y a quienes toman decisiones en políticas de salud, contar con una herramienta basada en la mejor evidencia disponible para definir mecanismos de apoyo en prevención y tratamientos costo efectivos y seguros. Para esto, se desarrolló una página web independiente, www.guiasobesidadchile.com, como repositorio de los capítulos *in extenso*, las recomendaciones y la metodología. En un futuro próximo, contará con videos, *webinars* y material educativo para pacientes que viven con obesidad.

La implementación de esta guía dependerá de la acogida de las autoridades de salud, la asignación de recursos para la capacitación de profesionales de la salud y llamados a la acción desde organizaciones de pacientes y familiares.

Tabla 4. Resumen de las recomendaciones *de novo* y la recomendación adaptada.

Recomendación adaptada	
Recomendación 1	<p>La CCEO sugiere el uso de liraglutida 3,0 mg como intervención farmacológica en comparación a no usar para la disminución de peso corporal en el tratamiento de personas adultas que viven con sobrepeso u obesidad.</p> <p><i>Certeza de la evidencia: moderada</i> <i>Fuerza de la recomendación: condicional</i></p>
Recomendaciones nuevas	
Recomendación 1	<p>La CCEO sugiere el uso de fentermina como intervención farmacológica para la reducción de peso corporal en los pacientes adultos que viven con sobrepeso u obesidad.</p> <p><i>Certeza de la evidencia: baja</i> <i>Fuerza de la recomendación: condicional</i></p>
Recomendación 2	<p>La CCEO sugiere que los estudiantes y profesionales de la salud sean capacitados en sobrepeso y obesidad para disminuir actitudes, creencias y comportamientos que contribuyan de manera directa e indirecta a la estigmatización de los pacientes que viven con sobrepeso u obesidad.</p> <p><i>Certeza de la evidencia: baja</i> <i>Fuerza de la recomendación: condicional</i></p>
Recomendación 3	<p>En personas adultas que viven con obesidad y que serán sometidas a cirugía bariátrica, la CCEO no sugiere el uso de ecocardiografía como parte de la evaluación preoperatoria estándar.</p> <p><i>Certeza de la evidencia: baja</i> <i>Fuerza de la recomendación: condicional</i></p>
Recomendación 4	<p>En personas adultas que viven con obesidad que serán sometidas a cirugía bariátrica, la CCEO recomienda realizar dieta pre-operatoria como intervención para disminuir el peso antes de la intervención quirúrgica y evitar las complicaciones peri-operatorias.</p> <p><i>Certeza de la evidencia: moderada</i> <i>Fuerza de la recomendación: fuerte</i></p>
Recomendación 5	<p>En personas adultas que viven con obesidad y fueron sometidas a cirugía bariátrica, la CCEO sugiere indicar la realización de actividad y ejercicio físico como intervenciones no farmacológicas post-quirúrgicas, ya que ha mostrado beneficios en el peso corporal, la calidad de vida y salud mental.</p> <p><i>Certeza de la evidencia: baja</i> <i>Fuerza de la recomendación: condicional</i></p>
Recomendación 6	<p>En personas adultas que viven con sobrepeso u obesidad, la CCEO recomienda el uso de dieta vegetariana como intervención no farmacológica para disminuir el peso y el IMC.</p> <p><i>Certeza de la evidencia: moderada</i> <i>Fuerza de la recomendación: fuerte</i></p> <p>En personas que viven con sobrepeso u obesidad, la CCEO sugiere el uso de dieta vegetariana, como intervención no farmacológica para el control glicémico y el manejo de la presión arterial.</p> <p><i>Certeza de la evidencia: baja</i> <i>Fuerza de la recomendación: condicional</i></p>
Recomendación 7	<p>En personas adultas que viven con obesidad y serán sometidas a cirugía bariátrica, la CCEO sugiere el uso de suplementación de calcio, hierro, vitamina B12 y Zinc post operatorio para disminuir la deficiencia de estas vitaminas y minerales después de la intervención.</p> <p><i>Certeza de la evidencia: baja</i> <i>Fuerza de la recomendación: condicional</i></p> <p>En personas adultas que viven con obesidad y que serán sometidos a cirugía bariátrica, la CCEO recomienda el uso de suplementación diaria con vitamina D post operatoria para disminuir la deficiencia de esta vitamina después de la intervención quirúrgica.</p> <p><i>Certeza de la evidencia: moderada</i> <i>Fuerza de la recomendación: fuerte</i></p>
Recomendación 8	<p>En personas adultas que viven con sobrepeso u obesidad, la CCEO sugiere realizar intervención familiar como medida no farmacológica para la prevención del sobrepeso y la obesidad y el control del peso.</p> <p><i>Certeza de la evidencia: baja</i> <i>Fuerza de la recomendación: condicional</i></p>
Recomendación 9	<p>En personas adultas que viven con sobrepeso u obesidad, la CCEO sugiere, dentro de las intervenciones no farmacológicas, adicionar la técnica de mindfulness o atención plena a la terapia cognitivo conductual para mejorar el control de peso, disminuir el IMC y mejorar el comportamiento relacionado con la pérdida de peso.</p>

(Cont.)

Tabla 4. Cont.

Recomendación 10	<p><i>Certeza de la evidencia: baja</i> <i>Fuerza de la recomendación: condicional</i></p> <p>En personas adultas que viven con obesidad clase I con otras comorbilidades diferentes a la diabetes tipo 2, la CCEO recomienda el tratamiento quirúrgico como opción de tratamiento.</p>
Recomendación 11	<p><i>Certeza de la evidencia: moderada</i> <i>Fuerza de la recomendación: fuerte</i></p> <p>En personas adultas que viven con un IMC de 27 a 35, la CCEO, recomienda el tratamiento de balón intragástrico como alternativa en el manejo de la obesidad.</p>
Recomendación 12	<p><i>Certeza de la evidencia: moderada</i> <i>Fuerza de la recomendación: fuerte</i></p> <p>En mujeres adultas en edad fértil, que viven con sobrepeso u obesidad, la CCEO recomienda dentro de las intervenciones no farmacológicas realizar ejercicio de alta intensidad en comparación a realizar otros ejercicios.</p>

IMC: Índice de masa corporal. CCEO: Consorcio Chileno para el Estudio de la Obesidad.

CONCLUSIONES

La obesidad es una enfermedad crónica, multifactorial, progresiva y recidivante. Quienes la padecen, muchas veces han sufrido de estigmatización y culpa, aumentando la brecha en el acceso y empeorando los resultados de salud. Este documento muestra los avances en el conocimiento de la fisiopatología, determinantes de salud, evaluación y tratamiento de la obesidad. También busca redirigir el enfoque de manejo multidisciplinario hacia una atención libre de estigma y centrar los resultados en la calidad de vida del paciente, más que únicamente en la pérdida de peso.

Notas

Autoría

YPC, XRS, CAO, MASC, RMC, CCF: Conceptualización, redacción, metodología y supervisión: Yudith Preiss Contreras, Ximena Ramos Salas, Camila Ávila Oliver, Miguel Alejandro Saquimux Contreras, Rodrigo Muñoz Claro, Claudio Canales Ferrada. Los integrantes de la Coalición Chilena para el Estudio de la Obesidad-CCEO participaron en la redacción de los capítulos, así como en la revisión y adaptación del resumen de la guía que se presenta en este artículo.

Agradecimientos

A Francisca Maturana por el apoyo administrativo y logístico. A Brad Hussey y Nicole Pearce por su apoyo en el diseño para diseminar y utilizar esta guía como herramienta educativa. A Randy Cameron por su apoyo en el diseño de los capítulos.

Consortio

Consortio Chileno para el Estudio de la Obesidad

Ornella Allegro González: Clínica Ciudad del Mar, Viña del Mar, Chile; **Verónica Álvarez:** Centro Avanzado de Medicina Metabólica y Nutrición (CAMMYN), Santiago, Chile; **Paulina Andrade Risso:** Asociación de Diabéticos de Chile (ADICH),

Santiago, Chile; Departamento de Cirugía, Clínica Santa María, Santiago, Chile; **Enzo Arias Isla:** Facultad de Medicina, Universidad de Magallanes, Punta Arenas, Chile; **Viviana Assadi Altamirano:** Centro Nuclínic, Santiago, Chile; **Camilo Boza:** Centro de Nutrición y Cirugía Bariátrica, Clínica Las Condes, Santiago, Chile; **Percy Brante Báez:** Departamento de Cirugía, Clínica Santa María, Santiago, Chile; **Carolina Carrasco:** Clínica Puerto Varas, Puerto Varas, Chile; **Fernando Carrasco:** Centro de Nutrición y Cirugía Bariátrica, Clínica Las Condes, Santiago, Chile; Departamento de Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile; **Ariel Cisternas Villalobos:** Unidad de Medicina del Sueño, Instituto Nacional del Tórax, Santiago, Chile; Centro de Sueño, Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile; **Susana Cortés Mellado:** Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile; **Attila Csendes Juhasz:** Instituto Magallánico de la Obesidad (IMO), Punta Arenas, Chile; **Ada Cuevas:** Centro Avanzado de Medicina Metabólica y Nutrición (CAMMYN), Santiago, Chile; Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile; **Cristóbal Davanzo Castillo:** Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile; Departamento de Cirugía Digestiva, Servicio de Cirugía, Hospital de La Florida, Santiago, Chile; **Samuel Durán-Agüero:** Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile; **Elizabeth Erdős Gattoni:** Departamento de Obstetricia y Ginecología, Clínica Santa María, Santiago, Chile; **Alex Escalona:** Clínica Universidad de Los Andes, Santiago, Chile; Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago, Chile; **Magdalena Farías:** Facultad de Medicina, Universidad Del Desarrollo, Concepción, Chile; **María José Figueroa Sgró:** Facultad de Medicina, Universidad Del Desarrollo, Concepción, Chile; Departamento de Pediatría, Centro de Adolescencia, Clínica Alemana, Santiago, Chile; **José Galgani:** Departamento de Ciencias de la Salud, Nutrición y Dietética, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; **Daniela Gómez Pérez:** Departamento de Psicología, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile; **María Isabel González Gálvez:** Centro de Obesidad, Sanatorio Alemán,

Concepción, Chile; **Carolina González Reyes:** Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago, Chile; **Carla Guzmán Pincheira:** BHF Glasgow Cardiovascular Research Centre, Institute of Cardiovascular and Medical Sciences, Glasgow, United Kingdom; **Oscar Henríquez Toledo:** Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile; **Andrea Herrera Santelices:** Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile; Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital San Juan de Dios de Curicó, Curicó, Chile; **Patricio Lamoza Kohan:** RedSalud Providencia, Santiago, Chile; **Enrique Lanzarini Sobrevía:** Instituto Magallánico de la Obesidad (IMO), Punta Arenas, Chile; Clínica Universidad de Los Andes, Santiago, Chile; **María José Leiva Velasco:** Departamento de Medicina Interna, Centro de Nutrición y Diabetes, Clínica Alemana, Santiago, Chile; Departamento de Neurología y Psiquiatría, Centro de Nutrición y Diabetes, Clínica Alemana, Santiago, Chile; **Patricia León Riquelme:** CESFAM San Alberto Hurtado, Municipalidad de Puente Alto, Santiago, Chile; **Marcia López Aceitón:** Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile; Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile; **Fernando Maluenda Gatica:** Centro de Nutrición y Cirugía Bariátrica, Clínica Las Condes, Santiago, Chile; **Denisse Montt Saavedra:** Servicio de Psiquiatría, Clínica de la Universidad de Los Andes, Santiago, Chile; **Manuel Moreno:** Departamento de Nutrición, Diabetes y Metabolismo, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; **Deborah Navarro-Rosenblatt:** Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia, División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud, Santiago, Chile; **Camila Oda-Montecinos:** Instituto de Ciencias Sociales, Universidad de O'Higgins, Rancagua, Chile; **Pablo Olguín Veloso:** Departamento de Neurología y Psiquiatría, Centro de Nutrición y Diabetes, Clínica Alemana, Santiago, Chile; **Karin Papapietro Vallejo:** Unidad de Nutrición Intensiva, Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile; **Solange Parra-Soto:** BHF Glasgow Cardiovascular Research Centre, Institute of Cardiovascular and Medical Sciences, Glasgow, United Kingdom; University of Glasgow, Glasgow, United Kingdom; **Johanna Pino Zúñiga:** Escuela de Kinesiología, Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile; **Israel Podestá Donoso:** School of Sport, Exercise, and Rehabilitation Sciences, College of Life and Environmental Sciences, University of Birmingham, Birmingham, United Kingdom; **Ximena Prat:** Centro de Nutrición y Cirugía Bariátrica, Clínica Las Condes, Santiago, Chile; **Camila Rodríguez:** Centro de Nutrición y Cirugía Bariátrica, Clínica Las Condes, Santiago, Chile; Centro Medicina Nutricional, Hospital DIPRECA, Santiago, Chile; **Lorena Rodríguez-Osiac:** Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile; **Karen Salvo Cofman:** Facultad de Medicina, Universidad Del Desarrollo, Concepción, Chile; Departamento de Medicina Interna, Centro de Nutrición y Diabetes, Clínica Alemana, Santiago, Chile; **José Luis Santos:** Departamento de Nutrición, Diabetes y

Metabolismo, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; **Matías Sepúlveda:** Centro de Nutrición y Cirugía Bariátrica, Clínica Las Condes, Santiago, Chile; **Erika Troncoso Ortíz:** Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Clínica Indisa, Santiago, Chile; **Fernanda Valdés Pérez:** Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile; Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile; **Gabriela Vargas Martínez:** Centro de Sueño, Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile; Nutrición y Dietética, Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo, Concepción, Chile; **Gonzalo Wiedmaier Teare:** Facultad de Medicina, Universidad Del Desarrollo, Concepción, Chile; Departamento de Cirugía, Equipo de Cirugía Bariátrica y Metabólica, Clínica Alemana, Santiago, Chile; **Arturo Zumaeta Valenzuela:** Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile; Unidad de Salud Mental, Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile; Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile, Santiago, Chile

Conflictos de intereses

Verónica Álvarez ha recibido honorarios como speaker de Novo Nordisk y Saval; ha recibido financiación para asistencia a congresos o eventos de Novo Nordisk. Paulina Andrade Risso ha recibido honorarios como speaker de RedSalud y Teva; ha recibido financiación para asistencia a congresos o eventos de Novo Nordisk; es miembro de la Sociedad Chilena de Cirugía Bariátrica y Metabólica. Camila Ávila ha recibido honorarios de la Sociedad de Cirugía Bariátrica y Metabólica de Chile para el desarrollo metodológico del proceso de adaptación de la Guía de Práctica Canadiense, para asistir a congresos o eventos y participar como conferencista. Claudio Canales es director de la Sociedad Chilena de Cirugía Bariátrica y Metabólica. Carolina Carrasco ha recibido financiación para asistencia a congresos o eventos de Novo Nordisk. Fernando Carrasco ha recibido becas de FONDECYT; ha recibido honorarios como speaker de Novo Nordisk; recibió financiación para asistencia congresos o eventos de Novo Nordisk; ha sido miembro directivo de la Asociación Chilena de Nutrición Clínica, Obesidad y Metabolismo y miembro consultivo de la *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*. Ariel Cisternas Villalobos es miembro de la Sociedad Chilena de Medicina del Sueño. Ada Cuevas ha recibido honorarios como speaker de Axon Pharma, Abbott, NovoNordisk, Pasteur, Saval, Tecnofarma, Teva; recibió financiación para asistencia a congresos o eventos de Pasteur; integró *advisory boards* para Axon Pharma y Tecnofarma. Samuel Durán Agüero ha recibido financiación para asistencia a congresos o eventos de ILSI Norandino; es miembro del directorio de la Sociedad Chilena de Nutrición. Elizabeth Erdős Gattoni ha recibido financiación para asistencia a congresos o eventos de Grunenthal. Alex Escalona ha recibido honorarios como consultor de Allurion Inc. y como speaker de Allurion Inc. y Fulbright Inc.; recibió financiación para asistencia a congresos o eventos de Cegasurgical. Magdalena Farías ha recibido honorarios como speaker de Novo Nordisk. Daniela

Eugenia Gómez Pérez ha recibido becas de Novo Nordisk. María Isabel González Galvez ha recibido honorarios como speaker de Boeringer Ingelheim Chile; ha recibido financiación para asistencia a congresos o eventos de Boeringer Ingelheim Chile. Carolina González Reyes es directora de la Sociedad Chilena de Medicina Familiar. Patricio Lamoza Kohan es miembro de la Sociedad Chilena de Cirugía Bariátrica y Metabólica. María José Leiva Velasco ha recibido honorarios como speaker de Novo Nordisk. Marcia López Aceitón ha recibido muestras médicas para tratamiento de NovoNordisk. Denisse Montt Saavedra ha recibido honorarios como speaker de Novo Nordisk. Manuel Moreno es miembro y director de la Sociedad Chilena de Nutrición Clínica y Metabolismo. Rodrigo Muñoz Claro es director de la Sociedad Chilena de Cirugía Bariátrica y Metabólica. Karín Papapietro ha recibido honorario como speaker de Novo Nordisk. Israel Podestá Donoso es jefe del comité de investigación de la Sociedad Chilena de Kinesiólogía Metabólica. Yudith Preiss Contreras ha recibido honorarios como speaker de Novo Nordisk. Parte del grant de OC-EASO se usó para cubrir el tiempo clínico de Yudith Preiss para actuar como coordinadora de este proyecto. Ximena Ramos Salas ha recibido honorarios como consultora de Obesity Canada, European Association for the Study of Obesity y la Organización Mundial de la Salud, recibió una subvención de investigación del Canadian Institutes of Health Research, honorarios como disertante en eventos y cursos de la Organización Mundial de la Salud – Europa, Obesity Canada, European Association for the Study of Obesity, Obesity Society, Novo Nordisk, Instituto Mexicano en Salud, ha sido o es parte de la junta de supervisión o junta consultiva de la seguridad de los datos SOPHIA, ha sido o es líder del Comité de incidencia y política de Obestiy Society, del equipo de acción política de Obesity Canada y del grupo de trabajo sobre el estigma de la Federación Mundial de Obesidad. Camila Rodríguez ha recibido muestras médicas para tratamiento de Novo Nordisk. Miguel Alejandro Saquimux Contreras ha recibido honorarios como consultor de Obesity Canada, ha recibido financiación de la European Association for the Study of Obesity para asistencia a congresos o eventos. Matías Sepúlveda ha recibido honorarios como disertante en eventos y cursos de Johnson & Johnson; es vicepresidente de la Sociedad Chilena de Cirugía Bariátrica y Metabólica. Arturo Zumaeta Valenzuela ha recibido honorarios como speaker de Novo Nordisk; recibió financiación para asistencia a congresos o eventos de Lundbeck; ha recibido muestras médicas de Abbott, Eurofarma, GSK, ITF Labomed, Lundbeck, Pfizer, Saval, Royal Pharma y Teva. Ornella Allegro González, Enzo Gonzalo Arias Isla, Viviana Assadi Altamirano, Camilo Boza, Percy Brante Báez, Susana Ivonne Cortes Mellado, Attila Csendes Juhasz, Cristóbal Davanzo Castillo, María José Figueroa Sgro, José Galgani, Carla Guzmán Pincheira, Oscar Henriquez Toledo, Andrea Herrera Santelices, Enrique Lanzarini Sobrevia, Patricia León Riquelme, Fernando Maluenda Gatica, Deborah Navarro-Rosenblatt, Camila Oda Montecinos, Pablo Olguín Veloso, Solange Parra-Soto, Johanna Pino Zuñiga, Ximena Prat, Lorena Rodríguez-Osiac, Karen Salvo Cofman, José Luis Santos, Erika Jeannette Troncoso

Ortiz, Fernanda Valdés Pérez, Gabriela Vargas Martínez y Gonzalo Wiedmaier Teare no informan conflictos de intereses.

Financiamiento

El financiamiento para la elaboración de la guía de práctica clínica original provino de la iniciativa de Investigación Estratégica Orientada al Paciente de los Institutos Canadienses de Investigación Sanitaria, de la iniciativa del Fondo para la Colaboración y Estrategias Unificadas contra la Obesidad (FOCUS) de Canadá, de CABPS y del apoyo de los voluntarios científicos y profesionales que participaron en el proceso. El financiamiento del proyecto piloto de adaptación internacional provino de *Obesity Canada* y de la *European Association for the Study of Obesity* (EASO), sobre la base de una subvención sin restricciones de Novo Nordisk Global. Novo Nordisk no participó en la ejecución del proyecto. Los miembros del comité y los autores de la adaptación fueron voluntarios y no fueron remunerados por sus servicios.

Origen y arbitraje

Publicación solicitada por el Consorcio Chileno para el Estudio de la Obesidad. Con revisión editorial interna.

Idioma del envío

Español.

Referencias

1. Prospective Studies Collaboration, Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*. 2009;373: 1083–96. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60318-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60318-4)
2. Global BMI Mortality Collaboration Di Angelantonio E, Bhupathiraju S, Wormser D, Gao P, Kaptoge S, et al. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *Lancet*. 2016;388: 776–86. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30175-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30175-1)
3. Sharma AM. M, M, M & M: a mnemonic for assessing obesity. *Obes Rev*. 2010;11: 808–9. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00766.x>
4. GBD 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2019;393: 1958–1972. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30041-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30041-8)
5. Vio F, Albala C, Kain J. Nutrition transition in Chile revisited: mid-term evaluation of obesity goals for the period 2000–2010. *Public Health Nutr*. 2008;11: 405–12. <https://doi.org/10.1017/S136898000700050X>
6. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2016–2017. Primeros resultados. <https://bit.ly/3OZpeeW>
7. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030. 2022. <https://bit.ly/3NzZUeg>
8. Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2009;9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-88>

9. Government of Canada. Obesity in Canada – Health and economic implications. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/healthy-living/obesity-canada/health-economic-implications.html>
10. Anis AH, Zhang W, Bansback N, Guh DP, Amarsi Z, Birmingham CL. Obesity and overweight in Canada: an updated cost-of-illness study. *Obes Rev.* 2010;11: 31–40. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2009.00579.x>
11. Sutin AR, Stephan Y, Terracciano A. Weight Discrimination and Risk of Mortality. *Psychol Sci.* 2015;26: 1803–11. <https://doi.org/10.1177/09567976156001103>
12. Mechanick JI, Hurley DL, Garvey WT. ADIPOSITY-BASED CHRONIC DISEASE AS A NEW DIAGNOSTIC TERM: THE AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS AND AMERICAN COLLEGE OF ENDOCRINOLOGY POSITION STATEMENT. *Endocr Pract.* 2017;23: 372–378. <https://doi.org/10.4158/EP161688.PS>
13. Garvey WT, Mechanick JI. Proposal for a Scientifically Correct and Medically Actionable Disease Classification System (ICD) for Obesity. *Obesity (Silver Spring).* 2020;28: 484–492. <https://doi.org/10.1002/oby.22727>
14. Loos RJJ, Yeo GSH. The genetics of obesity: from discovery to biology. *Nat Rev Genet.* 2022;23: 120–133. <https://doi.org/10.1038/s41576-021-00414-z>
15. Thornton LM, Mazzeo SE, Bulik CM. The heritability of eating disorders: methods and current findings. *Curr Top Behav Neurosci.* 2011;6: 141–56. https://doi.org/10.1007/7854_2010_91
16. Bouchard C. Genetics of Obesity: What We Have Learned Over Decades of Research. *Obesity (Silver Spring).* 2021;29: 802–820. <https://doi.org/10.1002/oby.23116>
17. Hill JO. Understanding and addressing the epidemic of obesity: an energy balance perspective. *Endocr Rev.* 2006;27: 750–61. <https://doi.org/10.1210/er.2006-0032>
18. Mebel DM, Wong JCY, Dong YJ, Borgland SL. Insulin in the ventral tegmental area reduces hedonic feeding and suppresses dopamine concentration via increased reuptake. *Eur J Neurosci.* 2012;36: 2336–46. <https://doi.org/10.1111/j.1460-9568.2012.08168.x>
19. Bliss ES, Whiteside E. The Gut-Brain Axis, the Human Gut Microbiota and Their Integration in the Development of Obesity. *Front Physiol.* 2018;9. <https://doi.org/10.3389/fphys.2018.00900>
20. van Bloemendaal L, Veltman DJ, Ten Kulve JS, Groot PFC, Ruhé HG, Barkhof F, et al. Brain reward-system activation in response to anticipation and consumption of palatable food is altered by glucagon-like peptide-1 receptor activation in humans. *Diabetes Obes Metab.* 2015;17: 878–86. <https://doi.org/10.1111/dom.12506>
21. Sharma AM, Kushner RF. A proposed clinical staging system for obesity. *Int J Obes (Lond).* 2009;33: 289–95. <https://doi.org/10.1038/ijo.2009.2>
22. Grundy SM, Neeland IJ, Turer AT, Vega GL. Waist circumference as measure of abdominal fat compartments. *J Obes.* 2013;2013. <https://doi.org/10.1155/2013/454285>
23. Ross R, Neeland IJ, Yamashita S, Shai I, Seidell J, Magni P, et al. Waist circumference as a vital sign in clinical practice: a Consensus Statement from the IAS and ICCR Working Group on Visceral Obesity. *Nat Rev Endocrinol.* 2020;16: 177–189. <https://doi.org/10.1038/s41574-019-0310-7>
24. Neeland IJ, Ross R, Després JP, Matsuzawa Y, Yamashita S, Shai I, et al. International Atherosclerosis Society; International Chair on Cardiometabolic Risk Working Group on Visceral Obesity. Visceral and ectopic fat, atherosclerosis, and cardiometabolic disease: a position statement. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2019;7: 715–725. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(19\)30084-1](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(19)30084-1)
25. Hruby A, Hu FB. The Epidemiology of Obesity: A Big Picture. *Pharmacoeconomics.* 2015;33: 673–89. <https://doi.org/10.1007/s40273-014-0243-x>
26. Wharton S, Lau DCW, Vallis M, Sharma AM, Biertho L, Campbell-Scherer D, et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. *CMAJ.* 2020;192: E875–E891. <https://doi.org/10.1503/cmaj.191707>
27. Padwal RS, Pajewski NM, Allison DB, Sharma AM. Using the Edmonton obesity staging system to predict mortality in a population-representative cohort of people with overweight and obesity. *CMAJ.* 2011;183: E1059–66. <https://doi.org/10.1503/cmaj.110387>
28. Canning KL, Brown RE, Wharton S, Sharma AM, Kuk JL. Edmonton Obesity Staging System Prevalence and Association with Weight Loss in a Publicly Funded Referral-Based Obesity Clinic. *J Obes.* 2015;2015. <https://doi.org/10.1155/2015/619734>
29. Ogunleye A, Osunlana A, Asselin J, Cave A, Sharma AM, Campbell-Scherer DL. The 5As team intervention: bridging the knowledge gap in obesity management among primary care practitioners. *BMC Res Notes.* 2015;8. <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1685-8>
30. Draznin B, Aroda VR, Bakris G, Benson G, Brown FM, Freeman R, et al. 8. Obesity and Weight Management for the Prevention and Treatment of Type 2 Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2022. *Diabetes Care.* 2022;45: S113–S124. <https://doi.org/10.2337/dc22-S008>
31. UK Prospective Diabetes Study 7: response of fasting plasma glucose to diet therapy in newly presenting type II diabetic patients, UKPDS Group. *Metabolism.* 1990;39: 905–12. [https://doi.org/10.1016/0026-0495\(90\)90299-R](https://doi.org/10.1016/0026-0495(90)90299-R)
32. Pastors JG, Warshaw H, Daly A, Franz M, Kulkarni K. The evidence for the effectiveness of medical nutrition therapy in diabetes management. *Diabetes Care.* 2002;25: 608–13. <https://doi.org/10.2337/diacare.25.3.608>
33. Goldstein DJ. Beneficial health effects of modest weight loss. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1992;16: 397–415.
34. Carrasco F, Moreno M, Iribarra V, Rodríguez L, Martín MA, Alarcón A, et al. Evaluación de un programa piloto de intervención en adultos con sobrepeso u obesidad, en riesgo de diabetes. *Rev méd Chile.* 2008;136: 1. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872008000100002>
35. Kirk SFL, Price SL, Penney TL, Rehman L, Lyons RF, Piccinini-Vallis H, et al. Blame, Shame, and Lack of Support: A Multilevel Study on Obesity Management. *Qual Health Res.* 2014;24: 790–800. <https://doi.org/10.1177/1049732314529667>
36. Alberga AS, Edache IY, Forhan M, Russell-Mayhew S. Weight bias and health care utilization: a scoping review. *Prim Health Care Res Dev.* 2019;20: e116. <https://doi.org/10.1017/S1463423619000227>
37. Canada Statistics. Body mass index, overweight or obese, self-reported, adult, age groups (18 years and older). Disponible en. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310009620>
38. Hall KD, Heymsfield SB, Kemnitz JW, Klein S, Schoeller DA, Speakman JR. Energy balance and its components: implications for body weight regulation. *Am J Clin Nutr.* 2012;95: 989–94. <https://doi.org/10.3945/ajcn.112.036350>
39. Twells LK, Gregory DM, Reddigan J, Midodzi WK. Current and predicted prevalence of obesity in Canada: a trend analysis. *CMAJ Open.* 2014;2: E18–26. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20130016>

40. Lee M, Ata RN, Brannick MT. Malleability of weight-biased attitudes and beliefs: a meta-analysis of weight bias reduction interventions. *Body Image*. 2014;11: 251–9. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.03.003>
41. Luig T, Anderson R, Sharma AM, Campbell-Scherer DL. Personalizing obesity assessment and care planning in primary care: patient experience and outcomes in everyday life and health. *Clin Obes*. 2018;8: 411–423. <https://doi.org/10.1111/cob.12283>
42. Vallis M, Piccinini-Vallis H, Sharma AM, Freedhoff Y. Clinical review: modified 5 As: minimal intervention for obesity counseling in primary care. *Can Fam Physician*. 2013;59: 27–31.
43. Sharma AM, Campbell-Scherer DL. Redefining obesity: Beyond the numbers. *Obesity (Silver Spring)*. 2017;25: 660–661. <https://doi.org/10.1002/oby.21801>
44. Camhi SM, Bray GA, Bouchard C, Greenway FL, Johnson WD, Newton RL, et al. The relationship of waist circumference and BMI to visceral, subcutaneous, and total body fat: sex and race differences. *Obesity (Silver Spring)*. 2011;19: 402–8. <https://doi.org/10.1038/oby.2010.248>
45. Mabire L, Mani R, Liu L, Mulligan H, Baxter D. The Influence of Age, Sex and Body Mass Index on the Effectiveness of Brisk Walking for Obesity Management in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Phys Act Health*. 2017;14: 389–407. <https://doi.org/10.1123/jpah.2016-0064>
46. Raynor HA, Davidson PG, Burns H, Nadelson MDH, Mesznik S, Uhley V, et al. Medical Nutrition Therapy and Weight Loss Questions for the Evidence Analysis Library Prevention of Type 2 Diabetes Project: Systematic Reviews. *J Acad Nutr Diet*. 2017;117: 1578–1611. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2017.06.361>
47. Raynor HA, Champagne CM. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Interventions for the Treatment of Overweight and Obesity in Adults. *J Acad Nutr Diet*. 2016;116: 129–147. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2015.10.031>
48. Sumithran P, Prendergast LA, Delbridge E, Purcell K, Shulkes A, Kriketos A, et al. Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. *N Engl J Med*. 2011;365: 1597–604. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1105816>
49. Rosenbaum M, Hirsch J, Gallagher DA, Leibel RL. Long-term persistence of adaptive thermogenesis in subjects who have maintained a reduced body weight. *Am J Clin Nutr*. 2008;88: 906–12. <https://doi.org/10.1093/ajcn/88.4.906>
50. Koliaki C, Spinou T, Spinou M, Brinia ME, Mitsopoulou D, Katsilambros N. Defining the Optimal Dietary Approach for Safe, Effective and Sustainable Weight Loss in Overweight and Obese Adults. *Healthcare (Basel)*. 2018;6: 73. <https://doi.org/10.3390/healthcare6030073>
51. Vallis M. Are Behavioural Interventions Doomed to Fail? Challenges to Self-Management Support in Chronic Diseases. *Can J Diabetes*. 2015;39: 330–4. <https://doi.org/10.1016/j.cjcd.2015.01.002>
52. Group LAR. Eight-year weight losses with an intensive lifestyle intervention: the look AHEAD study. *Obesity (Silver Spring)*. 2014;22: 5–13. <https://doi.org/10.1002/oby.20662>
53. Wadden TA, Hollander P, Klein S, Niswender K, Woo V, Hale PM, et al. Weight maintenance and additional weight loss with liraglutide after low-calorie-diet-induced weight loss: the SCALE Maintenance randomized study. *Int J Obes (Lond)*. 2013;37: 1443–51. <https://doi.org/10.1038/ijo.2013.120>
54. Greenway FL, Fujioka K, Plodkowski RA, Mudaliar S, Guttadauria M, Erickson J, et al. Effect of naltrexone plus bupropion on weight loss in overweight and obese adults (COR-1): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet*. 2010;376: 595–605. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60888-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60888-4)
55. Richelsen B, Tonstad S, Rössner S, Toubro S, Niskanen L, Madsbad S, et al. Effect of orlistat on weight regain and cardiovascular risk factors following a very-low-energy diet in abdominally obese patients: a 3-year randomized, placebo-controlled study. *Diabetes Care*. 2007;30: 27–32. <https://doi.org/10.2337/dc06-0210>
56. Rucker D, Padwal R, Li SK, Curioni C, Lau DCW. Long term pharmacotherapy for obesity and overweight: updated meta-analysis. *BMJ*. 2007;335: 1194–9. <https://doi.org/10.1136/bmj.39385.413113.25>
57. Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka K, Greenway F, Halpern A, Krempf M, et al. A Randomized, Controlled Trial of 3.0 mg of Liraglutide in Weight Management. *N Engl J Med*. 2015;373: 11–22. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1411892>
58. American Association of Diabetes Educators. Addressing obesity via diabetes self-management education and training. *Diabetes Educ*. 2012;38: 151–4. <https://doi.org/10.1177/0145721711433758>
59. Kaly P, Orellana S, Torrella T, Takagishi C, Saff-Koche L, Murr MM. Unrealistic weight loss expectations in candidates for bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2008;4: 6–10. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2007.10.012>
60. Sharma M. Behavioural interventions for preventing and treating obesity in adults. *Obes Rev*. 2007;8: 441–9. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2007.00351.x>
61. Byrne NM, Meerkin JD, Laukkanen R, Ross R, Fogelholm M, Hills AP. Weight loss strategies for obese adults: personalized weight management program vs. standard care. *Obesity (Silver Spring)*. 2006;14: 1777–88. <https://doi.org/10.1038/oby.2006.205>
62. Schünemann HJ, Wiercioch W, Brozek J, Etxeandia-Ikobaltzeta I, Mustafa RA, Manja V, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLPMENT. *J Clin Epidemiol*. 2017;81: 101–110. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.09.009>
63. Rada G, Pérez D, Araya-Quintanilla F, Ávila C, Bravo-Soto G, Bravo-Jeria R, et al. Epistemonikos: a comprehensive database of systematic reviews for health decision-making. *BMC Med Res Methodol*. 2020;20. <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01157-x>
64. Alonso-Coello P, Oxman AD, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, et al. Marcos GRADE de la evidencia a la decisión (EtD): un enfoque sistemático y transparente para tomar decisiones sanitarias bien informadas. 2: Guías de práctica clínica. *Gaceta Sanitaria*. 2018;32: 167. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.03.008>
65. Schünemann H, Brozek J, Guyatt G, Oxman A. Manual GRADE para calificar la calidad de la evidencia y la fuerza de la recomendación (1ra edición en español). Orrego PA, Rojas MX, editores. Mar 2017. <https://bit.ly/3R55GaJ>
66. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction–GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol*. 2011;64: 383–94. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.026>
67. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *J Clin Epidemiol*. 2013;66: 719–25. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2012.03.013>

Obesity in adults: Clinical practice guideline adapted for Chile

Abstract

Introduction

The Chilean Society of Bariatric and Metabolic Surgery, together with other scientific societies, led a process for adapting the Canadian clinical practice guideline for obesity in adults for Chile. The aim of the Canadian guideline, among its main objectives, was to propose changes in obesity management using a chronic disease framework and focusing on improving patient-centered health outcomes, rather than focusing on weight loss alone.

Methods

A group of 58 healthcare professionals applied the GRADE-Adolopment method to analyze and adapt the original recommendations and to create de novo recommendations. New recommendations were developed through a systematic review of the evidence using the Epistemonikos database and based on the GRADE-Evidence to Decision (EtD) framework.

Results

Seventy-six (76) of the 80 original recommendations were adopted, one recommendation was adapted, and 12 new recommendations were created.

Conclusions

The adaptation process reduced the time needed to develop a Chilean clinical practice guideline for the management of obesity in adults. The change in obesity management approaches towards non-stigmatizing and patient-centered strategies focused on improving health outcomes and not solely on weight reduction is universal and it is possible to apply this approach in different countries and contexts.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.