5 Complicaciones de la obesidad

De un vistazo: complicaciones de la obesidad y su impacto

La obesidad se convierte en un problema clínico por las complicaciones que genera, que superan las 200 entidades asociadas.[14] Cuando el exceso de adiposidad se acumula en el abdomen o en depósitos ectópicos, altera el metabolismo y mantiene una inflamación de bajo grado que afecta a varios sistemas a la vez.[2] El IMC por sí solo no basta para estimar el riesgo de cada paciente, que depende también de la distribución de la grasa y del daño orgánico ya presente.[1] Por eso conviene buscar las complicaciones de forma activa desde la primera valoración. Este capítulo resume las que más interesa tener presentes en la consulta de Atención Primaria.

Ámbito	Dato clave	Relevancia clínica
Enfermedad cardiovascular y mortalidad	+57 % de riesgo de eventos cardiovasculares por cada aumento de una desviación estándar en el perímetro de cintura.	Principal causa de muerte vinculada al exceso de peso, sobre todo por grasa abdominal.
Enfermedad hepática metabólica (MASLD)	15 % de fibrosis hepática moderada o grave ya presente al diagnóstico de diabetes tipo 2.	2.ª causa de trasplante hepático a nivel mundial tras la cirrosis alcohólica.
Riesgo oncológico	+24 % de riesgo de cáncer de colon en varones por cada 5 kg/m² de aumento del IMC.	Causa modificable de cáncer más relevante tras el tabaco.
Salud respiratoria y renal	El exceso de peso es motor de la apnea del sueño, la enfermedad renal crónica y la insuficiencia cardiaca.	Su detección y manejo precoces son determinantes para el pronóstico.
Impacto funcional y calidad de vida	La obesidad clínica se confirma cuando hay daño orgánico o limitación funcional objetivable, no solo exceso de adiposidad.	Distinción clave entre obesidad preclínica y clínica para priorizar el tratamiento.

Ámbito	Dato clave	Relevancia clínica
Salud mental y estigma	Relación bidireccional entre obesidad y depresión; el estigma dificulta el tratamiento eficaz.	Debe explorarse de forma sistemática en cada valoración clínica.

Fuente: Elaboración propia a partir de Rubino[1], Blüher[4], Qiao[5], Rinella[7], Harriss[8], Lauby-Secretan[9], Snyder[10] y Luppino[11].

5.1 Evaluación inicial en consulta

- **Confirmar adiposidad:** usar el IMC como cribado y añadir, al menos, una medida antropométrica complementaria, como el perímetro de cintura o los índices cintura-cadera y cintura-altura.[1]
- **Clasificar la situación clínica:** diferenciar entre obesidad preclínica y clínica según exista o no daño orgánico o limitación funcional.[1]
- **Buscar complicaciones de forma sistemática:** revisar riesgo cardiometabólico, función hepática, sueño, función renal, aparato locomotor, salud mental y cáncer según edad, síntomas y factores de riesgo.
- **Planificar seguimiento:** ajustar la intensidad del tratamiento y la frecuencia de revisiones según el grado de afectación clínica y las comorbilidades presentes.

5.2 Qué explica las complicaciones

La ingesta excesiva induce hipertrofia e hiperplasia de los adipocitos y depósito de grasa en zonas donde no debería estar, como la visceral y la ectópica. El tejido adiposo disfuncional secreta adipocinas y citocinas proinflamatorias que generan un estado inflamatorio de bajo grado, promoviendo la resistencia a la insulina y la hiperglucemia y activando vías de señalización implicadas en el daño cardiovascular y hepático.[2] Estos mecanismos —inflamación, lipotoxicidad, resistencia insulínica y activación neurohormonal— constituyen el sustrato compartido de la mayoría de las complicaciones descritas a continuación.[2]

Ideas clave antes de revisar las complicaciones

- La obesidad afecta a varios sistemas a la vez.
- El riesgo no depende solo del IMC, sino también de la distribución de la grasa y del daño orgánico ya presente.
- Una valoración sistemática permite detectar antes complicaciones cardiometabólicas, hepáticas, respiratorias, renales, oncológicas, musculoesqueléticas y psicológicas.

5.3 Qué complicaciones se deben buscar en consulta

Diabetes tipo 2: qué vigilar

La resistencia a la insulina inducida por la adiposidad disfuncional y la inflamación crónica es el nexo fisiopatológico entre la obesidad y la diabetes mellitus tipo 2, una de las comorbilidades más consistentemente asociadas al exceso de peso.[2] La obesidad preclínica conlleva un riesgo generalmente aumentado de desarrollar diabetes tipo 2, enfermedad cardiovascular y otras enfermedades no transmisibles.[1]

Riesgo cardiovascular: qué medir y estratificar

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte atribuible al IMC elevado.[3] La obesidad, en particular la de distribución abdominal, se asocia a hipertensión, miocardiopatía, infarto de miocardio e ictus.[4] En una cohorte prospectiva de personas con diabetes tipo 2, cada incremento de una desviación estándar en los índices de adiposidad abdominal se asoció a mayor riesgo de eventos cardiovasculares —un 57 % para el perímetro de cintura—, y los índices viscerales mejoraron la estratificación del riesgo frente al IMC aislado.[5] Por ello se recomienda incorporar de forma sistemática la medida del perímetro de cintura en la valoración del riesgo cardiovascular.

Enfermedad hepática metabólica (MASLD): cuándo sospecharlo

La enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD, en español EHmet) se define como la presencia de esteatosis hepática en personas con al menos un factor de riesgo cardiometabólico y con un consumo de alcohol inferior a 20 g/día en la mujer y a 30 g/día en el varón.[6]

La EHmet es una de las complicaciones hepáticas más relevantes en personas con obesidad. Su importancia radica en que puede progresar desde una esteatosis inicial hasta una fibrosis avanzada, una cirrosis e incluso el carcinoma hepatocelular. Por eso, en pacientes con obesidad o diabetes tipo 2, es especialmente útil aplicar estrategias de cribado no invasivo —por ejemplo, FIB-4 seguido de elastografía de transición— para detectar fibrosis clínicamente significativa de forma precoz.[6] En el momento del diagnóstico de una diabetes tipo 2, el 15 % de los pacientes presenta ya una fibrosis moderada o grave, y esta patología es la segunda causa de trasplante hepático a nivel mundial, tras la cirrosis alcohólica.[7]

Riesgo oncológico: qué tener presente

El exceso de adiposidad se asocia al riesgo de varios tipos de cáncer. Cada aumento de 5 kg/m² en el IMC se asoció a un incremento del riesgo relativo del 24 % para el cáncer de colon en varones y del 9 % en mujeres, con una asociación más débil, pero significativa, para el cáncer de recto en varones (RR 1,09).[8] Aunque el incremento relativo es modesto, en poblaciones con alta prevalencia de obesidad se traduce en una proporción atribuible considerable.[8]

La obesidad se asocia también a un mayor riesgo de cáncer de endometrio, mama (especialmente posmenopáusico), esófago (adenocarcinoma), estómago (cardias gástrico), hígado, vesícula biliar, páncreas, riñón (carcinoma de células renales), tiroides y ovario, así como de mieloma múltiple y, en menor grado, de leucemia y linfoma. En conjunto representan una de las causas modificables de cáncer más relevantes tras el tabaco.[9]

Sueño y respiración: cuándo hacer cribado

La obesidad incrementa sustancialmente el riesgo de apnea obstructiva del sueño, una complicación frecuentemente infradiagnosticada que a su vez agrava el riesgo cardiometabólico.[4] Se recomienda el cribado de trastornos respiratorios del sueño en pacientes con obesidad, particularmente ante somnolencia diurna, hipertensión arterial resistente o ronquido con pausas.

Aparato locomotor: impacto funcional y dolor

La sobrecarga mecánica y los mediadores inflamatorios derivados del tejido adiposo contribuyen al desarrollo de artrosis, otra de las enfermedades

cuyo riesgo aumenta de forma sustancial con la obesidad, con el consiguiente deterioro de la movilidad y de la calidad de vida.[4]

Riñón: riesgo a largo plazo

La obesidad es uno de los motores del aumento de la prevalencia de la enfermedad renal crónica. Agrava la hipertensión y la intolerancia a la glucosa como factores de riesgo renal, e induce vías propias de inflamación intrarrenal; la glomerulopatía asociada a la obesidad ha emergido como una variante anatomopatológica diferenciada de la glomeruloesclerosis focal y segmentaria.[10] Entre las medidas más prometedoras figura la pérdida ponderal intensa, incluida la cirugía bariátrica.[10]

Salud mental y estigma: qué explorar siempre

Existe una relación bidireccional entre la obesidad y la depresión: la obesidad aumenta el riesgo de desarrollar depresión —asociación más marcada para el trastorno depresivo clínicamente diagnosticado— y, recíprocamente, la depresión predice el desarrollo de obesidad.[11] El estigma asociado al peso constituye, además, un obstáculo mayor para la prevención y el tratamiento, lo que hace necesaria una formación específica de los profesionales para evitarlo.[1]

5.4 Qué hacer en la práctica clínica

A partir de la evidencia revisada, estas son las acciones más útiles para incorporar a la atención clínica habitual:

- **No basar el diagnóstico solo en el IMC:** usarlo como cribado y confirmar la adiposidad con otra medida antropométrica antes de tomar decisiones clínicas.[1]
- **Medir el perímetro de cintura de forma sistemática:** aporta valor añadido en la estratificación del riesgo cardiovascular.[5]
- **Clasificar el impacto clínico:** determinar si se trata de obesidad preclínica o clínica para ajustar objetivos, intensidad terapéutica y seguimiento.[1]
- **Buscar complicaciones de forma activa:** revisar en cada valoración el riesgo cardiometabólico, hepático, respiratorio, renal,

musculoesquelético y psicológico, y tener en cuenta el riesgo aumentado de distintos tipos de cáncer.[9]

- **Priorizar intervenciones con beneficio clínico:** orientar el tratamiento a mejorar manifestaciones, prevenir el daño orgánico y reducir el riesgo futuro.[1]
- **Explorar la salud mental y evitar el estigma:** integrar ambas dimensiones en la entrevista clínica y en el plan de seguimiento.[1]

5.5 Mensaje final para la consulta

En consulta, la obesidad debe abordarse como una enfermedad crónica con impacto multisistémico. La valoración no debería quedarse en el IMC: conviene confirmar la adiposidad, estimar su distribución y buscar de forma activa signos de daño orgánico o limitación funcional.[1] Las complicaciones más relevantes incluyen la diabetes tipo 2, la enfermedad cardiovascular, la MASLD, los trastornos respiratorios del sueño, la enfermedad renal crónica, la artrosis, la depresión y un mayor riesgo de algunos cánceres.[2-6,8,10-13] Diferenciar entre obesidad preclínica y clínica ayuda a decidir mejor la intensidad del tratamiento y el seguimiento.

Bibliografía

1. Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, Cohen RV, Wilding JPH, Brown WA, et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. Lancet Diabetes Endocrinol. 2025;13(3):221-62. doi: 10.1016/S2213-8587(24)00316-4
2. Jin X, Qiu T, Li L, Yu R, Chen X, Li C, et al. Pathophysiology of obesity and its associated diseases. Acta Pharm Sin B. 2023;13(6):2403-24. doi: 10.1016/j.apsb.2023.01.012
3. GBD 2015 Obesity Collaborators; Afshin A, Forouzanfar MH, Reitsma MB, et al. Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. N Engl J Med. 2017;377(1):13-27. doi: 10.1056/NEJMoa1614362
4. Blüher M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. Nat Rev Endocrinol. 2019;15(5):288-98. doi: 10.1038/s41574-019-0176-8
5. Qiao T, Luo T, Pei H, Yimingniyazi B, Aili D, Aimudula A, et al. Association between abdominal obesity indices and risk of cardiovascular events in Chinese populations with type 2 diabetes: a prospective cohort study. Cardiovasc Diabetol. 2022;21(1):225. doi: 10.1186/s12933-022-01670-x

6. European Association for the Study of the Liver (EASL), European Association for the Study of Diabetes (EASD), European Association for the Study of Obesity (EASO). EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines on the management of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD). J Hepatol. 2024;81(3):492-542. doi: 10.1016/j.jhep.2024.04.031
7. Rinella ME, Neuschwander-Tetri BA, Siddiqui MS, Abdelmalek MF, Caldwell S, Barb D, et al. AASLD Practice Guidance on the clinical assessment and management of nonalcoholic fatty liver disease. Hepatology. 2023;77(5):1797-835. doi: 10.1097/HEP.0000000000000323
8. Harriss DJ, Atkinson G, George K, Cable NT, Reilly T, Haboubi N, et al.; Colorectal Cancer, Lifestyle, Exercise and Research Group. Lifestyle factors and colorectal cancer risk (1): systematic review and meta-analysis of associations with body mass index. Colorectal Dis. 2009;11(6):547-63. doi: 10.1111/j.1463-1318.2009.01766.x
9. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, Grosse Y, Bianchini F, Straif K; International Agency for Research on Cancer Handbook Working Group. Body fatness and cancer — viewpoint of the IARC Working Group. N Engl J Med. 2016;375(8):794-8. doi: 10.1056/NEJMsr1606602
10. Snyder S, Turner GA, Turner A. Obesity-related kidney disease. Prim Care. 2014;41(4):875-93. doi: 10.1016/j.pop.2014.08.008
11. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BWJH, et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Arch Gen Psychiatry. 2010;67(3):220-9. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.2
12. Global BMI Mortality Collaboration; Di Angelantonio E, Bhupathiraju ShN, Wormser D, et al. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. Lancet. 2016;388(10046):776-86. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30175-1
13. Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2013;309(1):71-82. doi: 10.1001/jama.2012.113905
14. Barenbaum SR, Tchang BG, Aronne LJ. The important role of comorbidities in the management of obesity. J Endocr Soc. 2026;10(3):bvag012. doi: 10.1210/jendso/bvag012