8 Seguimiento y continuidad asistencial

El seguimiento clínico es el eje del abordaje de la obesidad, una enfermedad crónica, multifactorial y recidivante.[1] La continuidad asistencial evita la fragmentación del proceso terapéutico y garantiza que el paciente reciba intervenciones coherentes y progresivas, adaptadas a su evolución.[2] La obesidad no se resuelve con una pérdida inicial de peso: exige un acompañamiento permanente que permita anticipar recaídas, ajustar tratamientos y mantener la mejoría metabólica y funcional a largo plazo, con cada nivel asistencial cumpliendo funciones específicas pero complementarias.[2]

8.1 Fases del seguimiento clínico

Tabla 1. Frecuencia y objetivos del seguimiento según la fase.

Fase inicial (0-6 meses)	Fase de consolidación (>6 meses)
Frecuencia estrecha: revisiones cada 4-6 semanas. **Objetivos y contexto:** • Fase crítica: alta motivación inicial frente a posibles efectos adversos. • Introducción de cambios en el estilo de vida y farmacoterapia. • Uso clave de la entrevista motivacional para reforzar la autoeficacia y ajustar objetivos realistas.	**Frecuencia espaciada:** revisiones cada 3-6 meses, si hay estabilidad. **Objetivos y contexto:** • Prevención de la reganancia ponderal por adaptación metabólica. • Refuerzo continuo de cambios conductuales y calidad de la dieta. • Vigilancia de situaciones vitales (estrés, sueño, menopausia).

Fuente: Lecube *et al.,* 2024[1]; Bretón *et al.,* 2026[2]; Armstrong e*t al.,* 2011[3]; Rosenbaum y Leibel, 2010[6].

Fase inicial (0-6 meses)

Tras el diagnóstico, el médico de familia se convierte en el referente longitudinal del paciente y realiza un seguimiento periódico —cada cuatro a seis semanas, o más estrecho si la agenda o el paciente lo permiten— de la evolución ponderal, la circunferencia de cintura, la presión arterial, los hábitos alimentarios, la actividad física y la adherencia al tratamiento.[2] Es un periodo crítico: coincide con la fase de mayor motivación, pero también con la aparición de estancamientos o efectos adversos ligados a los cambios de estilo de vida o a la farmacoterapia. La entrevista motivacional resulta clave para reforzar la autoeficacia, identificar barreras y ajustar los objetivos a la realidad de cada paciente.[3]

Tabla 2. Dominios a evaluar en las visitas de seguimiento.

Qué evaluar en cada revisión[4,5]
Antropometría y clínica: peso, perímetro de cintura, presión arterial y comorbilidades.
Esfera psicológica: estado de ánimo, presencia de ansiedad o depresión, impacto emocional del proceso.
Estilo de vida: calidad de la intervención nutricional y progresión en la actividad física.
Conducta alimentaria: relación con la comida y detección de conductas alimentarias desadaptativas.

Fuente: Donini *et al.,* 2022[4]; Mechanick *et al.,* 2020[5].

Fase de consolidación (más de 6 meses)

Superados los seis meses, las revisiones pueden espaciarse a intervalos de tres a seis meses si el paciente mantiene estabilidad clínica y adherencia.[2] El objetivo se convierte en prevenir la reganancia ponderal —frecuente por la adaptación metabólica y la pérdida de motivación inicial[6]—, reforzando los cambios conductuales, revisando la calidad de la dieta, sosteniendo la actividad física y ajustando la farmacoterapia según la evolución. La continuidad asistencial también implica detectar precozmente nuevas complicaciones o situaciones vitales que puedan influir en el paciente, como cambios laborales, estrés, alteraciones del sueño, embarazo o menopausia, coordinándose si es necesario con nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas o especialistas en ejercicio físico.[1,2]

8.2 Criterios para intensificar el tratamiento o derivar a la Unidad de obesidad

Si a los seis meses la pérdida de peso es inferior al 5 % o las comorbilidades no mejoran, debe considerarse intensificar el tratamiento —ajustando la dieta, el ejercicio o la farmacoterapia— o derivar a una valoración de segundo nivel.[1] La derivación a Endocrinología está indicada ante:

- Complejidad clínica, o sospecha de obesidad secundaria o monogénica.
- Obesidad sarcopénica.[4]
- Comorbilidades graves o mal controladas.
- Fracaso terapéutico pese a una intervención adecuada en Atención Primaria.
- Necesidad de tratamientos avanzados, como cirugía bariátrica.

Tras la valoración de segundo nivel, el paciente debe retornar a su médico con un plan terapéutico claro: no supone una desvinculación del segundo nivel, sino una redistribución de responsabilidades dentro de un modelo compartido.[1,3]

8.3 Modelo de continuidad compartida

Tabla 3. Reparto de funciones en la continuidad compartida.

Médico de familia	Endocrinología
Referente longitudinal. Mantiene el seguimiento regular y la monitorización continua.	Valoración de segundo nivel. Interviene de forma periódica o ante cambios clínicos significativos.

Fuente: Lecube *et al.,* 2024[1]; Bretón *et al.,* 2026[2]; Armstrong *et al.,* 2011[3].

8.4 Seguimiento tras cirugía bariátrica

La cirugía no elimina la necesidad de seguimiento:[5] exige un acompañamiento estrecho y coordinado entre Cirugía, Endocrinología y Atención Primaria, monitorizando la evolución ponderal, el estado nutricional, los posibles déficits vitamínicos, la adaptación dietética y la evolución de las comorbilidades, para evitar complicaciones o reganancia ponderal a largo plazo.[2]

8.5 Objetivos del seguimiento a largo plazo

La obesidad, como enfermedad crónica, requiere revisiones periódicas durante toda la vida del paciente; la frecuencia puede ajustarse según la estabilidad clínica, pero el seguimiento nunca debe abandonarse por completo. El objetivo final no es solo mantener la pérdida de peso, sino preservar la salud metabólica, mejorar la funcionalidad y la calidad de vida, y reducir el riesgo cardiovascular. Solo con un seguimiento continuo y una coordinación efectiva entre niveles asistenciales puede abordarse la obesidad como la enfermedad crónica que es, y ofrecer a los pacientes un tratamiento eficaz, seguro y duradero.[1,2]

Bibliografía

1. Lecube A, Azriel S, Barreiro E, Blay G, Carretero J, Ciudin A, et al. Guía Española GIRO: guía española del manejo integral y multidisciplinar de la obesidad en personas adultas. Madrid: Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO); 2024.
2. Bretón I, Fernández García JM, Vilarrasa N, Ramírez Arroyo V, de Hollanda A, Blay Cortés G, et al. Continuidad asistencial en la atención clínica de la obesidad. Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed). 2026;73(1):501658. doi: 10.1016/j.endien.2025.501658
3. Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronksley PE, Sigal RJ, Campbell TS, Hemmelgarn BR. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Obes Rev. 2011;12(9):709-23. doi: 10.1111/j.1467-789X.2011.00892.x
4. Donini LM, Busetto L, Bischoff SC, Cederholm T, Ballesteros-Pomar MD, Batsis JA, et al. Definition and diagnostic criteria for sarcopenic obesity: ESPEN and EASO consensus statement. Obes Facts. 2022;15(3):321-35. doi: 10.1159/000521241
5. Mechanick JI, Apovian C, Brethauer S, Garvey WT, Joffe AM, Kim J, et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutrition, metabolic, and nonsurgical support of patients undergoing bariatric procedures – 2019 update. Surg Obes Relat Dis. 2020;16(2):175-247. doi: 10.1016/j.soard.2019.10.025
6. Rosenbaum M, Leibel RL. Adaptive thermogenesis in humans. Int J Obes (Lond). 2010;34 Suppl 1:S47-55. doi: 10.1038/ijo.2010.184
7. Aronne LJ, Sattar N, Horn DB, Bays HE, Wharton S, Lin WY, et al. Continued treatment with tirzepatide for maintenance of weight reduction in adults with obesity: the SURMOUNT-4 randomized clinical trial. JAMA. 2024;331(1):38-48. doi: 10.1001/jama.2023.24945