Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 internacional

Nutrición Colectiva, (1), e002, artículos, 2025
ISSN 3072-7731 | https://doi.org/10.24215/30727731e002
https://revistas.unlp.edu.ar/nutricioncolectiva
Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Buenos Aires
La Plata | Buenos Aires | Argentina

Nuevos avances en la comprensión del diagnóstico y tratamiento de la Obesidad

NEW ADVANCES IN THE UNDERSTANDING OF THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF OBESITY

Daniela Pelle [1]

danielapelle@live.com.ar | https://orcid.org/0009-0003-3604-9033

1. Universidad Nacional de Tres de Febrero | Argentina

Palabras clave

Obesidad
Obesidad clínica
indice de masa corporal
diversidad corporal

Resumen

Existen nuevas maneras concebir al diagnóstico de la obesidad, que incluyen la diferenciación de la obesidad como un factor de riesgo (obesidad preclínica) y de la obesidad como una enfermedad propiamente dicha (obesidad clínica). Históricamente se ha clasificado a las personas y diagnosticado la obesidad bajo un único parámetro que es el índice de masa corporal (IMC), determinando si una persona se encuentra en estado de salud o enfermedad según su peso corporal, lo que ha impulsado que los profesionales de la salud desarrollen intervenciones basadas exclusivamente en un criterio antropométrico además de reforzar construcciones negativas de la corporalidad.

La herramienta del IMC está ampliamente difundida en la sociedad y frecuentemente el diagnóstico de obesidad o sobrepeso no está realizado por un profesional de salud sino por la misma persona que acude a la consulta. Esta problemática ha generado que la discusión sobre los consensos para el diagnóstico, clasificación y definición de la obesidad haya trascendido el ámbito académico. Tal es así que hay movimientos sociales y activistas que comienzan a cuestionar las prácticas clínicas, ciertos tratamientos, así como los métodos para el diagnóstico de la obesidad, subrayando la necesidad de incorporar enfoques con perspectivas de diversidad corporal. La implementación del nuevo marco de diagnóstico propuesto por la comision The Lancet debería facilitar un tratamiento más accesible y efectivo, libre de discriminación y prejuicios. El objetivo de esta revisión es comprender los alcances de los nuevos criterios diagnósticos e invitar a la reflexión y revisión de prácticas en nuestra profesión.

Keywords

obesity
clinical obesity
body mass index
body diversity

Abstract

There are new ways of conceiving the diagnosis of obesity, which include differentiating between obesity as a risk factor (preclinical obesity) and obesity as a disease in its own right (clinical obesity). Historically, people have been classified and obesity diagnosed based on a single parameter: the body mass index (BMI), determining whether a person is healthy or ill based on their body weight. This has led health professionals to develop interventions based exclusively on anthropometric criteria, reinforcing negative constructs of corporality.

The BMI tool is widely used in society, so the diagnosis of obesity or overweight is often not made by a health professional but by the person attending the consultation. These problematic have led the discussion about consensus for the diagnosis, classification, and definition of obesity to transcend the academic sphere. So much so that social and activist movements are beginning to question clinical practices, certain treatments, and methods for diagnosing obesity, highlighting the need to incorporate approaches from a diversity perspective. The implementation of the new diagnostic framework proposed by The Lancet Commission should facilitate more accessible and effective treatment, free from discrimination and prejudice. The objective of this review is to understand the scope of the new diagnostic criteria and invite reflection and review of practices in our profession.

Recibido 28/03/25 | Publicado 29/05/25

Introducción

Recientemente, se publicó un artículo en la revista The Lancet Diabetes & Endocrinology que transforma la comprensión de la obesidad, ofreciendo una oportunidad única para arribar hacia un diagnóstico y tratamiento adecuado, priorizando la salud y el bienestar de cada persona.

Reconociendo los desafíos y falta de consenso en el área, se creó una comisión que propuso un cambio en la manera concebir al diagnóstico de la obesidad y en este sentido realizan una diferenciación entre la obesidad como factor de riesgo (obesidad preclínica) y la obesidad como una enfermedad propiamente dicha (obesidad clínica). Esta comisión reúne a 56 expertos de diversos países de ingresos altos, medianos y bajos y cuenta actualmente con el respaldo de más de 75 organizaciones médicas internacionales dedicadas a la obesidad y su atención. Al mismo tiempo, en esta comisión se incluyeron personas en condición de obesidad para garantizar que se consideren las perspectivas de los pacientes.

Según el último Atlas Mundial de la Obesidad, la prevalencia de obesidad en adultos para el año 2020 había alcanzado los 0.81 billones en todo el mundo, lo que representa el 42 % de la población adulta mundial, destacando además que algunos países de ingresos más bajos muestran los mayores aumentos en los últimos años. En la Argentina, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad a lo largo de los años muestra una tendencia claramente ascendente en todos los grupos etarios y sociales, particularmente en los grupos en situación de mayor vulnerabilidad social (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2019).

Más allá de que la obesidad representa un verdadero problema de salud pública que ha alcanzado la magnitud de una pandemia, la discusión sobre los consensos para su definición ha trascendido el ámbito de las ciencias de la salud académico incluyendo cada vez más actores por fuera del ámbito de la academia. Tal es así que existen movimientos sociales y activistas que comienzan a cuestionar prácticas clínicas, tratamiento y diagnóstico de la obesidad subrayando la necesidad de incorporar enfoques con perspectivas de diversidad corporal.

Este problema se acarrea desde larga data en el ámbito médico-clínico, ya que históricamente se ha clasificado a las personas bajo un único parámetro que es el índice de masa corporal (IMC) a partir del cual se podía determinar si una persona se encuentra en estado de salud o enfermedad, según su peso corporal. Históricamente, en el ámbito de la salud y de la nutrición, se ha exigido a las personas alcanzar el rango de normalidad del IMC como indicador de éxito del tratamiento de la obesidad y en la actualidad existen investigaciones que relacionan el estrés, la ansiedad y/o la depresión, con las exigencias sobre los cuerpos que buscan alcanzar "la normalidad" (Contrera y Moreno, 2021).

La nueva definición publicada en LANCET (2019), basada en evidencia, distingue entre la "obesidad clínica", una enfermedad sistémica crónica resultante del exceso de adiposidad, y la "obesidad preclínica", una condición caracterizada por un exceso de grasa corporal sin disfunción orgánica ni restricciones en las actividades diarias, aunque con un mayor riesgo para la salud. Debido a las limitaciones del IMC, la Comisión también emplea otras mediciones del tamaño corporal, como la circunferencia de la cintura, el índice cintura-cadera y el índice cintura-estatura, para determinar si existe masa grasa corporal aumentada, es decir, si se presenta obesidad o no.

Aunque el IMC es el parámetro de referencia por su facilidad de uso y bajo costo, las nuevas mediciones del tamaño corporal también deberían ser sencillas de realizar según expertos. La novedad de realizar una evaluación más completa de la obesidad (es decir, no estrictamente por IMC) podría aumentar la carga de trabajo para los profesionales de la salud, sin embargo, la comisión sostiene que "mantener el actual marco de diagnóstico inexacto podría resultar en una carga y costos aún mayores para los sistemas de salud y para las personas afectadas perpetuar el estigma de "menor salud" cuando no poseen una condición de enfermedad".

La implementación de este nuevo marco de diagnóstico debería facilitar un tratamiento más accesible y efectivo, libre de discriminación y prejuicios. Para aquellas personas clasificadas con obesidad preclínica, la reducción del riesgo será crucial. Estas podrían beneficiarse principalmente de cambios en el estilo de vida, mientras que es fundamental seguir identificando a los pacientes de mayor riesgo que necesitan intervención médica (personas con obesidad clínica).

Materiales y métodos: revisión narrativa que surge del análisis de bibliografía disponible acerca del tratamiento y diagnóstico de la obesidad.

¿Cómo modifica esta reformulación lo que se sabe sobre la epidemiología de la enfermedad?

Para empezar, es fundamental actualizar los datos epidemiológicos sobre la prevalencia de obesidad, que actualmente se basan únicamente en el IMC, para reflejarla como un espectro de manifestaciones clínicas. En este sentido, la comisión realiza auditorías preliminares de las bases de datos disponibles, sugiriendo que un número significativo de personas con esta condición no cumple los criterios de obesidad clínica. Además, existe un amplio potencial para clasificar a la obesidad clínica en diferentes subtipos, basándose en su presentación clínica o fisiopatología, lo que podría mejorar su manejo y comprensión.

Adoptar un enfoque nuevo y más preciso para identificar la obesidad y cambiar las percepciones sociales requerirá tiempo y esfuerzo.

¿Por qué esta nueva clasificación aporta evidencia a la discusión sobre la Diversidad Corporal?

El IMC es un indicador que evalúa la relación entre la masa corporal total y la estatura de un individuo (sin tener en cuenta que la composición corporal se constituye por huesos, músculos, grasa, tejidos, órganos y agua). El resultado de este indicador nos habla entonces de una idea de "corporalidad estandarizada" que permite clasificar a estos individuos en diferentes categorías relacionadas al peso: normal, sobrepeso y diferentes grados de obesidad.

Muchas veces y sobre todo cuando la única herramienta de evaluación nutricional que se utiliza es el IMC, nos encontraremos con personas que se categorizan como "persona con sobrepeso" y automáticamente se pone un alerta respecto de la probabilidad de tener mayores riesgos en la salud.

El problema radica en que, cuando hablamos de salud y de factores de riesgo que podrían ponerla en peligro, no es lo mismo hablar de masa grasa o masa magra, es decir no da lo mismo un aumento en la corporalidad si no hay un estudio de las masas que la componen. Es bien sabido que, por ejemplo, un deportista o persona

físicamente activa que desarrolle mayor cantidad de masa muscular, si lo evaluamos solamente con el IMC, nos daría la categoría de sobrepeso y es obvio, porque presenta una corporalidad mayor, pero ello no es necesariamente un factor de riesgo para la salud.

Con la diversidad corporal pasa algo parecido. ¿Qué nos sucede si una persona con una corporalidad mayor a la estándar es evaluada únicamente por el IMC, se categoriza en sobrepeso y no presenta ninguna alteración de sus parámetros clínicos/bioquímicos o tiene una distribución de masa grasa visiblemente fémorocutánea (de bajo impacto metabólico) y refiere hábitos saludables? ¿Tiene riesgo para su salud? La respuesta a esta pregunta depende del modelo de atención de salud en el que estemos parados. Así por ejemplo si se basa en una concepción pesocentrista, podríamos asegurar que sí. Lo cierto es que los seres humanos somos todos diferentes: desde nuestros tamaños, colores, razas e identificaciones de género.

La diversidad corporal nos habla de que no existen "modelos de personas" o "modelos de cuerpos" y es por ello que es muy complejo determinar que un único indicador sirva para estandarizar y determinar el estado de salud de una persona. Y no sólo eso, sino que la utilización masiva de esta herramienta por tantos años ha contribuido a la estereotipación de modelos corporales que si se salen de la categorización propuesta como "rango normal" son discriminados y culpabilizados por su condición. (Contrera y Moreno, 2021).

Clasificación de la obesidad (The Lancet & Endocrinology, 2025)**:**

Obesidad PRE-CLÍNICA (OPC): es una condición que se caracteriza por un aumento de la grasa corporal fundamentalmente con aumento de la masa grasa visceral, sin presencia de enfermedades asociadas ni restricciones de la actividad diaria

Obesidad CLÍNICA (OC): es una enfermedad crónica debida únicamente al exceso de masa grasa, fundamentalmente de la grasa visceral, caracterizada por signos y síntomas de disfunción orgánica continua y/o capacidad reducida para realizar actividades diarias.

Componentes de la evaluación nutricional

a. Evaluación bioquímica: compresión de parámetros de laboratorio para poder determinar la presencia o ausencia de alteraciones metabólicas.
b. Evaluación Clínica: signos y síntomas clínicos.
c. Evaluación Alimentaria: evaluar la disponibilidad y consumo de alimentos de baja calidad nutricional y la accesibilidad a una alimentación saludable. La cultura de la comida rápida se caracteriza por alimentos y bebidas con alto contenido calórico, de azúcar, sal y grasas, con bajo poder nutricional. Evaluar hábitos y preferencias alimentarias (cuándo, cuánto, qué, cómo y para qué comer).
d. Evaluación Ambiental: El entorno en donde las personas se desenvuelven desde la vida prenatal es uno de los aspectos que condiciona el desarrollo de la obesidad. El avance de la tecnología y la urbanización, que implica el aumento del transporte motorizado, el uso de la tecnología para realizar tareas cotidianas que se hacían manualmente, la obtención de alimentos a través de un servicio de repartición y mayor tiempo destinado a las pantallas (TV, celulares, computadoras, videojuegos). Estos factores generan la reducción de la actividad física en la vida cotidiana y el aumento de las horas de sedentarismo. El consumo y la publicidad, como fuente condicionante de elecciones alimentarias (Ministerio de Salud, 2023).
e. Evaluación antropométrica: para diagnosticar la Obesidad se propone considerar los siguientes marcadores antropométricos que permiten evaluar el componente de la masa grasa corporal además del IMC:

Indicadores indirectos:

- Circunferencia de Cintura (CC): es la medición del perímetro de la cintura a la altura del ombligo. Se considera de bajo riesgo cardiometabólico cuando es menor a 102 cm en varones y menor a 88 cm en mujeres.
- Índice Cintura-Cadera (ICC): se calcula dividiendo el perímetro de la cintura por el perímetro de la cadera a nivel de los trocánteres mayores. Se considera normal cuando es menor o igual 0.90 en varones y menor o igual a 0.85 en mujeres.

- Índice Cadera- Talla (ICT): se calcula dividiendo el perímetro de la cintura cadera a nivel de los trocánteres mayores y la altura. Se considera un valor menor o igual a 0.50 como normal para ambos sexos
- La absorciometría de rayos X de energía dual (DEXA): es considerada un método muy preciso para medir la grasa corporal. Si bien permite monitorear cambios en la composición corporal, no es el método comúnmente utilizado en nuestro país en la evaluación antropométrica para el tratamiento de la obesidad.

Conclusión

Con los avances presentados hasta aquí se puede vislumbrar que existen alternativas a la atención de salud pesocentrista. El peso corporal como indicador para separar a las personas en sanas o enfermas ya no es suficiente ni adecuado para pensar nuestras prácticas en el campo de la nutrición. Desde esta mirada, ampliamente promocionada e incluso aprendida en el grado, el descenso de peso aparece como pilar fundamental y casi único indicador de éxito en el tratamiento de la obesidad.

Sumado a ello, los estereotipos corporales perpetuados en el ámbito de la atención de la salud son en gran medida, representados por profesionales de la nutrición; lo que nos llama más aún a la reflexión respecto de las indicaciones de dietas restrictivas, opiniones sobre el cuerpo, exigencias de "actividad física extra", como prácticas absolutamente naturalizadas.

Al mismo tiempo el pesocentrismo ha tenido una incidencia directa en el crecimiento de trastornos de la conducta alimentaria en nuestro país (principalmente en mujeres), siendo el segundo con mayor índice en la región.

Es por ello que, a través de la evidencia disponible, se puede agrupar una serie de sugerencias para el tratamiento de personas con obesidad clínica o preclínica y consideraciones para la atención integral de esta condición contribuyendo al acceso a una atención libre de prejuicios y discriminación.

Objetivos del tratamiento en Obesidad Pre-Clínica

Siempre consensuados con la persona que consulta

- Promoción de hábitos alimentarios saludables y prevención de factores de riesgo.

Estrategias sugeridas:

- Educación alimentaria con pautas de alimentación saludable: consumo de fibra, de grasas mono y poliinsaturadas, baja en azúcares simples, colesterol y grasas saturadas.
- Evaluar y desaconsejar el consumo de alimentos ultraprocesados y el exceso de sal en las comidas.
- Incentivar la realización de actividad física y estilos de vida activos.
- Desaconsejar el consumo de tabaco y alcohol.

Objetivos del tratamiento en la Obesidad Clínica:

Siempre consensuados con la persona que consulta

- Promoción de hábitos alimentarios saludables y tratamiento de las comorbilidades.
- Descenso de peso a expensas de una disminución de la masa grasa.
- Acompañar el tratamiento farmacológico de las comorbilidades asociadas (de acuerdo a prescripción médica).

Estrategias sugeridas:

- Plan de alimentación hipocalórico e hiperproteico, rico en fibra, con predominio de grasas mono y poliinsaturadas, hiposódico, sin azúcares simples, reducido en colesterol y grasas saturadas.
- Limitar el consumo de ultraprocesados.
- Acompañar la dietoterapia con la realización de actividad física de moderada intensidad (evaluando la individualidad y con apoyo de equipo interdisciplinario).
- Desaconsejar el consumo de tabaco y alcohol.

La mirada sobre las exigencias estéticas de los cuerpos

Como nutricionistas debemos asumir que son frecuentes las consultas "para bajar de peso" basadas en el resultado de la balanza. Los nuevos criterios diagnósticos nos invitan a replantearnos muchas prácticas aprendidas en el grado, teniendo en cuenta que aún quedan muchísimos interrogantes. Será necesario generar consensos respecto de abordajes nutricionales que propicien la apertura a hábitos alimentarios saludables, sin generar relaciones negativas de la persona con su alimentación y con su cuerpo.

Cuando las razones para el descenso de peso no se sustenten en un diagnóstico objetivo de la obesidad, las estrategias del tratamiento nutricional deberían centrarse en:

- Evaluar si persona refiere exigencias estéticas o una mala relación con su cuerpo.
- Evitar dietas restrictivas (aún si la persona lo demanda) y promover una alimentación saludable si fuera necesario hacerlo.
- Construir un espacio de reflexión respecto de mandatos, expectativas y prejuicios sobre aquello que se considera saludable, bello, correcto, normal o productivo.
- Evitar que el peso sea el único indicador del tratamiento y/o diagnóstico. Identificar y valorar incorporación de hábitos saludables como así también actitudes positivas en la percepción corporal.

Referencias

Contrera, L. y Moreno, M. L. (2021). *Cuadernillo de sensibilización sobre temáticas de diversidad corporal gorda para formadores de formadores.* Ministerio de las Mujeres.

Federación Mundial de la Obesidad. (2024). Atlas Mundial de la Obesidad 2024. *World Obesity.* https://data.worldobesity.org/publications/?cat=22

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2019) *4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos*. (N°1).

Ministerio de Salud. (2023). *Guía de Práctica Clínica Nacional de Abordaje Integral de la Obesidad en personas adultas*. Versión breve, Argentina.

The Lancet Diabetes & Endocrinology. (2025). Redefining obesity: Advancing care for better lives. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 13(2), 75. https://doi.org/10.1016/S2213-8587(24)00316-4