

Redefinir la obesidad: una oportunidad diagnóstica con desafíos clínicos y estructurales

Redefining obesity: a diagnostic opportunity with clinical and structural challenges

Lic. Ganduglia Mercedes, Lic. Scolaro Luciana Belén, Mgtr. Kañera Anabela, Lic. Salamón Débora, Mgtr. Mamani Ana Rosa, Lic. Zárate Clara, Lic. Cuellar Norma y Mgtr. Acosta Seró Omni.

Grupo de estudio sobre obesidad, Asociación Argentina de Licenciados en Nutrición (AALEN).
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Resumen

En enero de 2025, *The Lancet Diabetes & Endocrinology Commission* publicó un documento que redefine la obesidad clínica como una enfermedad crónica y sistémica, caracterizada no solo por el exceso de adiposidad, sino también por sus consecuencias funcionales sobre órganos, tejidos y la vida cotidiana de las personas. A su vez, introduce el concepto de obesidad preclínica, definida como un estado de exceso de adiposidad con función preservada de los órganos y tejidos, pero con un riesgo aumentado –aunque variable– de desarrollar obesidad clínica y otras enfermedades no transmisibles como la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, ciertos tipos de cáncer y trastornos mentales. Por lo tanto, esta propuesta introduce una nueva categoría diagnóstica que distingue entre obesidad preclínica y clínica, lo que ha generado un amplio debate en los diferentes ámbitos: científico, clínico y de salud pública.

Desde el Grupo de estudio de Obesidad de la Asociación Argentina de Licenciados en Nutrición (AALEN) se analizó la redefinición mencionada, considerando sus fundamentos, su aplicabilidad en la práctica profesional y su posible impacto en el contexto argentino. Si bien se reconoce el avance significativo en la intención de superar el reduccionismo biométrico y el estigma asociado al diagnóstico, también se identifican desafíos concretos vinculados a la operatividad clínica y a la equidad en el acceso al diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave: obesidad; adiposidad; enfermedades no transmisibles; enfermedad crónica; salud pública.

Abstract

In January 2025, *The Lancet Diabetes & Endocrinology Commission* published a paper that redefines clinical obesity as a chronic, systemic disease, characterized not only by excess adiposity, but also by its functional consequences on organs, tissues and people's daily lives. It also introduces the concept of pre-clinical obesity, defined as a state of excess adiposity with preserved organ and tissue function, but with an increased - albeit variable - risk of developing clinical obesity and other non-communicable diseases such as type 2 diabetes, cardiovascular disease, certain cancers and mental disorders. This proposal therefore introduces a new diagnostic category that distinguishes between pre-clinical and clinical obesity, which has generated broad debate across scientific, clinical, and public health domains.

The Obesity Study Group of the Asociación Argentina de Licenciados en Nutrición (AALEN) analyzed the aforementioned redefinition, considering its scientific rationale, its applicability in professional practice and its possible impact in the Argentine context. While acknowledging the significant progress in addressing biometric reductionism and reducing the stigma associated with the diagnosis, the group also identified concrete challenges related to clinical feasibility and equity in access to diagnosis and treatment.

Keywords: obesity; adiposity; noncommunicable diseases; chronic disease; public health.



DIAETA es propiedad de la Asociación Argentina de Licenciados en Nutrición y mantiene la propiedad intelectual.

ISSN 0328-1310
ISSN 1852-7337 (En línea)

Contacto:

Autor de contacto:
Lic. Mercedes Ganduglia,
mgcnutrición@gmail.com

Recibido: 10/06/2025.
Envío de revisiones al autor:
29/06/2025.
Recepción versión corregida:
08/07/25.
Aceptado en su versión
corregida: 01/08/2025

Declaración de aspectos éticos y conflicto de intereses:

las autoras declaran no tener conflictos de interés relacionados con la planificación, ejecución ni redacción del presente manuscrito.

Fuente de financiamiento:

el grupo de estudio de AALEN no recibe financiamiento de entidades públicas ni privadas para las tareas que realiza.

Este es un artículo open access licenciado por Creative Commons Atribución/Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Licencia Pública Internacional — CC BY-NC-SA 4.0. Para conocer el alcance de esta licencia, visita <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode.es>



Indizada en LILACS, SciELO y EBSCO; catálogo del sistema LATINDEX. Incorporada al Núcleo Básico Revistas Científicas Argentinas, CONICET

En enero de 2025, *The Lancet Diabetes & Endocrinology Commission* (1) publicó un documento que redefine la obesidad clínica como una enfermedad crónica y sistémica, caracterizada no solo por el exceso de adiposidad, sino también por sus consecuencias funcionales sobre órganos, tejidos y la vida cotidiana de las personas. A su vez, introduce el concepto de obesidad preclínica, definida como un estado de exceso de adiposidad con función preservada de los órganos y tejidos, pero con un riesgo aumentado –aunque variable– de desarrollar obesidad clínica y otras enfermedades no transmisibles como la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, ciertos tipos de cáncer y trastornos mentales. Por lo tanto, esta propuesta introduce una nueva categoría diagnóstica que distingue entre obesidad preclínica y clínica, lo que ha generado un amplio debate en los diferentes ámbitos: científico, clínico y de salud pública.

Desde el Grupo de estudio de Obesidad de la Asociación Argentina de Licenciados en Nutrición (AALEN) se analizó la redefinición mencionada, considerando sus fundamentos, su aplicabilidad en la práctica profesional y su posible impacto en el contexto argentino. Si bien se reconoce el avance significativo en la intención de superar el reduccionismo biométrico y el estigma asociado al diagnóstico, también se identifican desafíos concretos vinculados a la operatividad clínica y a la equidad en el acceso al diagnóstico y tratamiento.

Uno de los ejes centrales del nuevo enfoque es la discusión sobre el uso exclusivo del índice de masa corporal (IMC) como criterio diagnóstico. Se argumenta que esta métrica “no refleja directamente la grasa corporal ni la salud individual”, por lo que se sugiere limitar su uso a estudios poblacionales o estrategias de tamizaje y replantear su empleo en el ámbito clínico. En este último, se sugiere complementarlo con indicadores antropométricos adicionales,

como la circunferencia de cintura, el índice cintura-estatura o el índice cintura-cadera, así como, cuando sea posible, con técnicas de medición de la composición corporal, como la bioimpedancia (BIA) o la absorciometría dual de rayos X (DEXA). Además, se propone incorporar criterios funcionales y clínicos que permitan una evaluación más contextualizada del estado de salud. Según esta perspectiva, el diagnóstico de obesidad clínica requeriría no sólo la presencia de un exceso de adiposidad, sino también evidencia de disfunción orgánica o limitaciones en las actividades de la vida diaria. Esta concepción se alinea con modelos previamente desarrollados, como el enfoque de enfermedad crónica basada en adiposidad (ABCD) propuesta por la *European Association for the Study of Obesity* (EASO) (2) o el sistema de estadificación de Edmonton (3), que promueven una evaluación integral de la salud en personas con obesidad, más allá del IMC.

Aunque no existe una definición clínica universalmente aceptada de “exceso” de adiposidad, el uso de medidas como la circunferencia de cintura, el índice cintura-estatura y el índice cintura-cadera representa un avance respecto del uso exclusivo del IMC. Estos indicadores, si bien son accesibles y de bajo costo, su precisión diagnóstica sigue siendo limitada. En este sentido, los puntos de corte varían según sexo, edad y etnia, y no cuentan con validación universal. La Comisión *Lancet* recomienda que, cuando sea posible, el exceso de adiposidad se confirme mediante técnicas de medición directa como DEXA o BIA. En ausencia de estos métodos, sugiere utilizar al menos un indicador antropométrico adicional al IMC, o bien dos indicadores antropométricos, empleando métodos validados y puntos de corte apropiados para cada grupo poblacional. Si bien estas combinaciones mejoran la precisión diagnóstica, la falta de estandarización sigue limitando su confiabilidad clínica. Por ello, avanzar en su validación y

aplicación operativa continúa siendo un desafío clave para la comunidad científica.

Por otro lado, la clasificación entre obesidad preclínica y clínica permite establecer estrategias de atención diferenciadas según el estadio clínico y funcional de cada persona. Esta diferenciación busca mejorar la calidad del abordaje, evitando la medicalización innecesaria en quienes aún no presentan manifestaciones clínicas y priorizando intervenciones más complejas para los casos de mayor gravedad. Así mismo, también podría optimizar la asignación de recursos en función del riesgo individual y las necesidades terapéuticas, promoviendo un uso más eficiente y equitativo de los servicios de salud.

Sin embargo, el documento resulta impreciso respecto al tipo de atención que podrían recibir las personas con obesidad preclínica. En líneas generales, se propone un enfoque preventivo basado en consejería sobre estilo de vida y monitoreo regular, pero al mismo tiempo menciona que algunas personas, debido a un riesgo elevado de progresión hacia obesidad clínica, podrían beneficiarse de intervenciones farmacológicas y/o quirúrgicas. Los criterios para definir ese riesgo elevado no están claramente especificados, lo que genera incertidumbre sobre a quiénes deberían destinarse dichas intervenciones. Esta ambigüedad podría derivar en interpretaciones restrictivas tanto por parte de los financiadores de servicios de salud como por parte de profesionales no especializados en obesidad, quienes podrían subestimar el riesgo clínico en personas con obesidad preclínica y omitir derivaciones o indicaciones terapéuticas adecuadas. Esta situación podría afectar principalmente a la población joven, en quienes, es esperable una menor prevalencia de manifestaciones clínicas o complicaciones; sin embargo, esto no implica una menor necesidad de intervención. Postergar un abordaje intensivo hasta la aparición de signos clínicos avanzados contradice el enfoque preventivo y puede representar una oportunidad

perdida para intervenir tempranamente en una etapa más reversible del curso de la enfermedad.

El diagnóstico de obesidad clínica, tal como se plantea, requiere una evaluación exhaustiva por parte de profesionales de salud capacitados, que incluya una historia clínica detallada (antecedentes personales y familiares, evolución del peso, hábitos alimentarios y de actividad física, y presencia de síntomas vinculados a disfunción orgánica), examen físico (evaluación de distribución del tejido adiposo, signos clínicos de comorbilidades y limitaciones funcionales) y estudios clínicos complementarios. Si bien este enfoque diagnóstico cuenta con respaldo en guías internacionales (2, 4-5), su implementación podría verse limitada en contextos heterogéneos del sistema de salud argentino, tanto en el ámbito público como en el de las obras sociales y prepagas, donde el acceso a estudios específicos resulta dispar.

El documento de *The Lancet* propone diagnosticar la obesidad clínica exclusivamente en base a criterios funcionales y clínicos, sin contemplar la evaluación de la salud mental y de la conducta alimentaria, ya sea como comorbilidad o como complicación. Esta omisión podría representar una limitación importante al momento de diseñar programas integrales o definir criterios de cobertura, especialmente considerando que el abordaje de la salud mental es un componente fundamental del tratamiento interdisciplinario de la obesidad, tal como lo reconocen las guías clínicas más actualizadas (2, 4-6). Desde este campo de atención se abordan aspectos como el comer emocional, la impulsividad alimentaria, los trastornos de la conducta alimentaria y el estigma internalizado, que impactan directamente en el pronóstico y la adherencia terapéutica.

La creciente complejización del diagnóstico de obesidad representa, por un lado, un avance significativo al permitir la incorporación de una mirada integral del proceso de enfermedad y alejarse de un enfoque centrado exclusivamente

en el peso corporal. No obstante, esta mayor exigencia diagnóstica –al requerir personal de salud capacitado, evaluaciones clínicas más profundas y estudios complementarios– puede traducirse en nuevas barreras de acceso. Existe el riesgo de que solo aquellas personas con mayor acceso a sistemas de salud fortalecidos logren atravesar este umbral diagnóstico y, en consecuencia, accedan a tratamientos de mayor complejidad, quedando excluidas poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad social. En este sentido, resulta fundamental avanzar hacia modelos diagnósticos que también contemplen el contexto socioeconómico del paciente como un factor pronóstico relevante. Aunque la nueva clasificación que se discute tiene un enfoque de diagnóstico y no terapéutico, no puede pasarse por alto que es precisamente el diagnóstico lo que habilita –o restringe– el acceso al tratamiento. Incluir el contexto social como un elemento a considerar en el diagnóstico de obesidad clínica –por ejemplo, como un indicador de riesgo de progresión o barrera estructural para la recuperación– permitiría orientar recursos y garantizar el acceso equitativo a intervenciones eficaces a toda la población.

Desde una perspectiva de salud pública, adoptar esta clasificación implica transformar las estrategias vigentes: superar el enfoque pesocéntrico, fortalecer la formación de los equipos interdisciplinarios y revisar las políticas existentes para que incluyan medidas concretas orientadas a los grupos más vulnerables. La obesidad no puede seguir abordándose

exclusivamente desde la responsabilidad individual, ya que prevenir su progresión requiere políticas que incidan sobre los determinantes estructurales de la salud.

Uno de los aportes más relevantes del documento es el reconocimiento explícito del estigma como barrera para acceder al cuidado. Al redefinir la obesidad desde una perspectiva clínica, se evita una mirada moralizante que responsabiliza a las personas por su condición, y se promueve un enfoque más respetuoso y basado en evidencia. Sin embargo, el reemplazo del término “sobrepeso” por “obesidad preclínica o clínica”, según corresponda, podría generar tensiones en la práctica asistencial. Aunque esta nueva denominación busca mitigar el estigma, también podría patologizar situaciones que no implican enfermedad en sentido estricto. En este contexto, la manera en que estos términos sean comunicados será clave para su aceptación tanto clínica como social.

Por último, cabe destacar que esta propuesta podría complementarse con modelos de estandarización ya incluidos en guías nacionales e internacionales (2, 4-6). En lugar de plantearse como un reemplazo, esta nueva clasificación podría sumarse y dialogar con enfoques ya preexistentes.

Si bien el avance hacia marcos diagnósticos más integrales y complementarios representa un camino valioso y necesario que debemos seguir recorriendo como comunidad científica, aún persiste el desafío de traducir esta complejización en herramientas operativas aplicables en el contexto argentino.

Referencias bibliográficas

1. The Lancet Diabetes & Endocrinology Commission. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2025; 13: 221–262. Publicado en línea el 14 de enero de 2025 (Revisado: 10 de junio de 2025). Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(24\)00316-4](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(24)00316-4).
2. Busetto L, Dicker D, Frühbeck G, et al. A new framework for the diagnosis, staging and management of obesity in adults. *EASO. Nat Med.* 2024; 30: 2395–2399.
3. 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(14): e1059–66.
4. Wharton S, Lau DCW, Vallis M, et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. *CMAJ.* 2020; 192(31): e875–e891.
5. Grupo de Trabajo Primera Atención en Obesidad de la SEEDO. Valoración inicial en atención primaria del paciente con obesidad. Madrid: Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO); 2025.
6. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre el manejo integral de la obesidad en personas adultas. Buenos Aires: MSAL; 2023.

Lic. Ganduglia Mercedes

 0000-0002-1499-8380, CODYN. Consultorio de Obesidad, Diabetes y Nutrición, C.A.B.A.

Lic. Scolaro Luciana Belén

 0009-0007-1762-3668. Hospital Dr. A. Zubizarreta, C.A.B.A.

Mgr. Kañera Anabela

 0000-0003-3947-2868. Hospital Central Ramón Carrillo, San Luis.

Lic. Salamón Débora

 0000-0002-0768-8579. Clínica de Nutrición y Salud Dr. Cormillot, C.A.B.A.

Lic. Mamani Ana Rosa

 0009-0001-2757-2784. Universidad Católica de Santiago del Estero, Jujuy.

Lic. Zárate Clara

 0009-0001-3635-6741. Federación Argentina de Graduados en Nutrición (FAGRAN), C.A.B.A.

Lic. Cuellar Norma

 0000-0001-2271-1204. ex Clínica de Nutrición y Salud Dr. Cormillot, C.A.B.A.

Mgr. Acosta Seró Omni

 0000-0001-7633-9164. Hospital Cosme Argerich, C.A.B.A.

Como citar:

Ganduglia, M, y col. Redefinir la obesidad: una oportunidad diagnóstica con desafíos clínicos y estructurales. *DIAETA (B.AIRES)* 2025; 43: e2504308