



## Artículo comentado

# Definición y criterios diagnósticos de la obesidad clínica

Pedro García Ramos\*, Elena Collada Fernández, Agustín de Molina Torres

Centro de Salud Don Benito Oeste (Badajoz). Miembros del Grupo de trabajo de Cardiovascular y Diabetes de la SEMG.

Referencia bibliográfica: The Lancet Diabetes Endocrinology. Redefining obesity: advancing care for better lives. Lancet Diabetes Endocrinol. 2025; 13(2): 75. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(25\)00004-X](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(25)00004-X)

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 27 de enero de 2025

Aceptado el 31 de octubre de 2025

On-line el 23 de diciembre de 2025

#### Palabras clave:

Obesidad

Criterios

Consenso

#### Keywords:

Obesity

Criteria

Consensus

### R E S U M E N

La obesidad fue definida por la OMS como “una enfermedad crónica compleja” en 1948, (CIE-11 5B81). Esta consideración resulta controvertida por sus implicaciones en la práctica clínica. Hay quienes estiman que aceptar la obesidad como una enfermedad puede reducir la responsabilidad individual sobre el autocuidado, y quienes defienden que la misma dificulta el acceso a determinadas prestaciones del sistema sanitario. Sea como fuere, lo que parece materia de consenso es que resulta ser un factor de riesgo muy elevado para padecer un conjunto importante de enfermedades. De momento, la falta de percepción de la obesidad como enfermedad dificulta el acceso a tratamientos eficaces que se obtienen cuando ya se manifiestan paralelamente con otras enfermedades.

Un grupo de 58 expertos de distintos países, que representaban a varias especialidades médicas ha elaborado un Documento de Consenso que identifica criterios diagnósticos y prioridades estratégicas: *The Lancet Diabetes & Endocrinology Commission*<sup>1</sup>.

© 2025 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

### Definition and diagnostic criteria of clinical obesity

#### A B S T R A C T

Obesity was defined by the WHO as “a complex chronic disease” in 1948 (ICD-11 5B81). This consideration is controversial due to its implications for clinical practice. There are those who think that accepting obesity as a disease could reduce individual responsibility for self-care, and those who argue that it makes it difficult to access certain health system services. Be that as it may, what does seem to be a matter of consensus is that it turns out to be a very high-risk factor for suffering from a significant set of diseases. And at the moment the lack of perception of obesity as a disease makes it difficult to access effective treatments that are obtained when they already manifest in parallel with other diseases.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [pgarcia@semg.es](mailto:pgarcia@semg.es) (P. García Ramos).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2025.058>

2254-5506 / © 2025 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

A group of 58 experts from different countries, representing various medical specialties, has prepared a Consensus Document which identifies diagnostic criteria and strategic priorities: *The Lancet Diabetes & Endocrinology Commission*<sup>1</sup>.

© 2025 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.  
Published by Ergon Creación, S.A

El citado trabajo aborda áreas de genética y fisiopatología, signos y síntomas clínicos, efectos de la obesidad en la salud, puntos de corte específicos para cada etnia para el índice de masa corporal (IMC) y para el perímetro abdominal.

Entre estos expertos surge la controversia cuando el efecto de la obesidad se describe mediante un conjunto heterogéneo de complicaciones derivadas del exceso de tejido adiposo, que incluyen afecciones que son enfermedades conocidas, con su propia fisiopatología y sus manifestaciones clínicas. Esta circunstancia no permite definir la obesidad como una entidad patológica específica.

Quienes prefieren ignorar la condición de enfermedad, defienden que el hecho de definir la obesidad como una enfermedad puede animar a las personas obesas a sentirse como víctimas y exonerarlas de asumir responsabilidades personales para la adopción del estilo de vida y una actividad física saludable. Este argumento tampoco debería ser una razón para no considerar la obesidad como una enfermedad, ya que muchas enfermedades crónicas están sustancialmente influidas por la elección de estilo de vida (diabetes tipo 2, ciertos tumores malignos o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica); sin embargo, no se discute su condición de enfermedad.

Por otro lado, basar el diagnóstico de obesidad en el IMC puede inducir a un sesgo al no tener en cuenta ni la composición de la grasa, ni la distribución de la misma. Varias organizaciones profesionales recomiendan considerar las anomalías fisiopatológicas en la masa, la distribución y la función del tejido adiposo como criterios más apropiados que el IMC para evaluar su efecto en la salud.

El grupo de expertos propone replantear la caracterización de la obesidad a partir de diferentes perspectivas (tabla 1).

El proceso biológico de almacenamiento de grasa es consecuencia del desarrollo evolutivo para prevenir periodos prolongados de inanición. El organismo responde a la pérdida de peso a través de un sólido mecanismo defensivo, que aumenta el deseo de comer mientras disminuye el gasto de energía. Este mecanismo parece estar mediado en parte por las respuestas hormonales intestinales y las reducciones en la leptina, que interactúan con las regiones reguladoras del cerebro para establecer un punto de grasa corporal constante. El cerebro defiende ferozmente la grasa de reserva, independientemente de si este punto de ajuste representa un peso saludable o un sobrepeso anormal. Cuando se excede la capacidad de almacenamiento de triglicéridos en el tejido adiposo, las moléculas se almacenan en células, tejidos y órganos metabólicamente activos (incluidos el músculo esquelético, el corazón, el hígado,

**Tabla 1 – Caracterización de la obesidad.**

Tipos	
Etiología	Primaria o desconocida, secundaria a otras enfermedades y genética
Fenotipo	Androide o ginoide
Fisiopatología	Factores genéticos, ambientales, psicológicos, nutricionales y metabólicos pueden provocar alteraciones de los mecanismos biológicos que mantienen la masa, distribución y función normales del tejido adiposo
Presentación clínica	Con salud preservada y función orgánica normal no se dispone de medidas antropométricas o biomarcadores que tengan una precisión diagnóstica lo suficientemente sólida como para concebir un modelo diagnóstico de la obesidad.

los riñones, el páncreas, el cerebro y el tracto intestinal), lo que desencadena distribución ectópica de la grasa.

Los estudios de asociación de todo el genoma han identificado varios cientos de variantes comunes que influyen en la ingestión de alimentos, la tasa metabólica basal y la energía utilizada durante una misma carga de ejercicio. Sirva como ejemplo la alteración de los genes en el sistema leptina-melanocortina, que altera la conducta alimentaria al aumentar el hambre, disminuir la saciedad, activar señales de recompensa alimentaria y aumentar la preferencia por la grasa en la dieta.

Además de la genética, el sistema nervioso central es crucial para el control de la ingestión de alimentos, el almacenamiento de energía y el metabolismo. Existe un acuerdo general en el sentido de que múltiples regiones cerebrales distribuidas espacialmente interactúan anatómica y funcionalmente para regular el peso corporal. Las regiones cerebrales subcorticales interactúan con áreas cerebrales corticales superiores y circuitos hormonales (la leptina y las hormonas intestinales, como GLP-1, por ejemplo) para regular la masa de adipocitos. La desregulación de estos circuitos neuronales puede provocar un desequilibrio entre la ingesta y el gasto de energía, lo que promueve la acumulación de grasa y el desarrollo de la obesidad.

Las conclusiones y recomendaciones de esta Comisión se alcanzaron tras de un amplio debate sobre experiencias, además de un proceso formal de desarrollo de consenso para generar recomendaciones respaldadas por la mayoría dentro del grupo de expertos. A pesar de las discrepancias, el proceso para llegar a un consenso estimó unos grados (tabla 2).

Tabla 2 – Grados de acuerdo.

Categoría	Grado de acuerdo
U (unánime)	100 %
A	90-99 %
B	78-89 %
C	67-77 %

## Definición

Se obtuvo unanimidad en las afirmaciones siguientes:

- La obesidad se caracteriza por una adiposidad excesiva, con o sin distribución o función anormal del tejido adiposo.
- La obesidad clínica es una enfermedad crónica sistémica, caracterizada por alteraciones en la función de los tejidos y órganos, debido a una adiposidad excesiva o anormal.
- La obesidad puede causar una enfermedad sistémica y crónica (obesidad clínica), independientemente del desarrollo de otras situaciones médicas, al inducir alteraciones en la función de todo el organismo o de sus órganos y tejidos y dar lugar a manifestaciones clínicas distintas, incluyendo signos y síntomas específicos o limitaciones de las actividades cotidianas.

En grado A, se produjo un 90-99 % de acuerdo:

- Las causas de la obesidad son multifactoriales. Factores genéticos, ambientales, psicológicos, nutricionales y metabólicos pueden inducir alteraciones de los mecanismos biológicos que mantienen la masa, distribución y función normales del tejido adiposo.
- La obesidad preclínica se caracteriza por un estado de exceso de adiposidad con función preservada de tejidos y órganos. La obesidad preclínica conlleva un mayor riesgo de desarrollar obesidad clínica, así como otras enfermedades, entre ellas diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, ciertos tipos de tumores malignos y enfermedades mentales.
- La obesidad preclínica se caracteriza por un exceso o una adiposidad anormal con función preservada de otros tejidos y órganos.
- La remisión de la obesidad clínica no implica cura. La remisión se define como la resolución parcial o completa de la clínica y de las alteraciones de laboratorio de la disfunción tisular/orgánica asociada a la obesidad clínica.
- La obesidad preclínica puede ser un estado de remisión de la obesidad clínica, si el tratamiento de esta induce una resolución sostenida (al menos 6 meses) de las manifestaciones de disfunción orgánica sin requerir un tratamiento farmacológico continuo.
- El término “comorbilidades” solo debe usarse para referirse a enfermedades y otras afecciones que coexisten casualmente con la obesidad, sin relación causa-efecto o superposición fisiopatológica.
- El término “enfermedades/trastornos relacionados con la obesidad” debe utilizarse para enfermedades como diabetes tipo 2, ciertos tipos de tumores malignos y enfermedades mentales, entre otras, que suelen coexistir con la obesidad debido a etiología o fisiopatología superpuestas.

Tabla 3 – Criterios diagnósticos de la obesidad.

1.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirmación clínica del estado de obesidad mediante criterios antropométricos (perímetro abdominal, índice cintura-cadera o índice cintura-estatura) además del IMC, o mediante medición directa de la grasa corporal.</li> </ul>
2. Al menos uno de los siguientes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datos de función reducida de órganos/tejidos debido a la obesidad (es decir, signos, síntomas que muestren anomalías en la función de uno o más tejidos/sistemas orgánicos).</li> <li>• Limitaciones significativas, ajustadas a la edad, de las actividades básicas de la vida diaria (AVD = bañarse, vestirse, ir al baño, continencia, alimentación).</li> </ul>

- La obesidad clínica puede provocar disfunción orgánica grave y daño a los órganos diana, lo que causa complicaciones como isquemia cardíaca, accidente cerebrovascular o insuficiencia renal.
- Las enfermedades/trastornos relacionados con la obesidad pueden coexistir con la obesidad clínica y preclínica y deben tenerse en cuenta en la toma de decisiones sobre las indicaciones del tratamiento.

## Diagnóstico

Todas las personas con exceso de adiposidad deben ser evaluadas para determinar si tienen obesidad. Pueden ser necesarios análisis de sangre específicos si está clínicamente indicado para descartar formas “secundarias” de obesidad (hipotiroidismo, síndrome de Cushing, entre otras).

Las personas con obesidad clínica y preclínica deben ser monitorizadas regularmente para detectar afecciones que se asocian frecuentemente a la obesidad. Las personas con obesidad clínica deben tener acceso a una atención integral y a tratamientos basados en datos con el objetivo de inducir una mejoría (o remisión cuando sea posible) de las manifestaciones clínicas de la obesidad y prevenir la progresión al daño de los órganos diana.

Los criterios diagnósticos de obesidad clínica se exponen en la [tabla 3](#).

Las instituciones académicas, las organizaciones profesionales, los medios de comunicación, las autoridades de salud pública, las asociaciones de pacientes y los gobiernos deberían fomentar la educación sobre el estigma del sobrepeso y facilitar una nueva narrativa pública de la obesidad, coherente con el conocimiento científico moderno. Abordar el estigma no es solo una cuestión de justicia social, sino una forma de avanzar en la prevención y el tratamiento de la obesidad y reducir las enfermedades y la mortalidad asociadas.

Los responsables de la planificación sanitaria deben garantizar que las personas con obesidad tengan un acceso adecuado y equitativo a la evaluación del riesgo individual para su salud, así como al seguimiento del impacto a lo largo del tiempo y a la atención adecuada. Las estrategias de salud pública para reducir la incidencia y prevalencia poblacional de la obesidad deben basarse en experiencias científicas actualizadas y no en suposiciones no comprobadas que atribuyen únicamente a la responsabilidad individual el desarrollo de la obesidad.

---

## Tratamiento

Las personas con obesidad deben tener atención integral y tratamientos basados en datos. El objetivo del tratamiento de la obesidad clínica debe ser la mejora o la remisión de las manifestaciones clínicas de la obesidad y la prevención del daño de órganos diana. Con los conocimientos actuales, no es posible identificar la cantidad de pérdida de peso necesaria para alcanzar tales objetivos; es plausible que las diferentes manifestaciones clínicas de la obesidad clínica puedan requerir una intensidad de tratamiento diferente, responder a diferentes grados de reducción de peso, o ambas simultáneamente.

La elección de la intervención para la obesidad clínica debe basarse en la evaluación individual y en las experiencias clínicas para mejorar la calidad de vida y de reducir el riesgo de progresión de la enfermedad y la mortalidad. La evaluación clínica

de la obesidad, así como el asesoramiento, las intervenciones y la atención médica relacionados, deben ser proporcionados por profesionales de la salud cualificados.

---

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. The Lancet Diabetes Endocrinology. Redefining obesity: advancing care for better lives. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2025; 13(2): 75. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(25\)00004-X](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(25)00004-X).