

MÁS ALLÁ DEL IMC: REDEFINIENDO LA OBESIDAD

Autor: Marcos García Aguado (Cardiólogo clínico en el Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda, Madrid, España)

Fecha de publicación: 17/07/2025

Patología: CI y factores de riesgo CV / Categoría: Controversia

Tiempo de lectura: 3 minutos



*Esta página web está exclusivamente dirigida a personal sanitario. Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen **enlaces** a la evidencia científica en la que se sustenta.*

“La obesidad se redefine más allá del IMC, enfocándose en el exceso de grasa y su distribución patológica, distinguiendo entre obesidad clínica (enfermedad) y preclínica (factor de riesgo). Esta nueva clasificación, que genera debate, busca un abordaje terapéutico más precoz y diferenciado. Un estudio reciente valida su relevancia al asociar mayor mortalidad en pacientes antes clasificados solo como sobrepeso, pero con criterios de obesidad redefinidos por la EASO”

Últimamente, se ha intensificado el esfuerzo por definir la obesidad más allá del **índice de masa corporal (IMC)**, una métrica a menudo deficiente que conduce a diagnósticos incorrectos. Actualmente el foco se está poniendo en el **exceso y la distribución patológica de la grasa**, elementos cruciales para entender esta condición. Igualmente, la clasificación de la obesidad como una **enfermedad crónica** ha desatado un intenso debate en la comunidad médica y científica.

OBESIDAD, ¿ENFERMEDAD O FACTOR DE RIESGO?

Esta pregunta ha generado un intenso debate. Para arrojar luz, una comisión de expertos —conformada por especialistas en nutrición, cirugía, endocrinología, salud pública y

pacientes— apoyada por 75 organizaciones médicas de todo el mundo, **redefinió la obesidad en 2025** clasificándola en dos tipos:

- **Obesidad clínica:** Cuando se diagnostica como enfermedad.
- **Obesidad preclínica:** Cuando se identifica como un factor de riesgo.

La distinción entre obesidad clínica y preclínica va **más allá del IMC**, que solo es suficiente para el diagnóstico en pacientes con **IMC ≥ 40 kg/m²** donde ya se presume una acumulación y distribución anómala de grasa. La clave reside en evaluar la **distribución patológica de la adiposidad**, prestando especial atención al exceso de **grasa visceral**. Para ello, se utilizan medidas como la **circunferencia de la cintura** (≥ 102 cm en hombres, ≥ 88 cm en mujeres), la **relación cintura-cadera** ($> 0,90$ en hombres y $> 0,50$ en mujeres), o la **relación cintura-altura** ($> 0,50$ en ambos sexos). Otra opción es la **absorciometría de rayos X (DEXA)** ofrece una medición directa y precisa de la grasa abdominal.

Adicionalmente, se debe comprobar la presencia de **disfunción orgánica o limitaciones funcionales** derivadas de la obesidad. La comisión de expertos ha identificado 18 criterios asociados, que incluyen desde el **SAHS** y la **hipertensión** hasta la **insuficiencia cardíaca**, **esteatosis hepática con fibrosis**, **ovario poliquístico**, **hipogonadismo**, **hiperglucemia** o un **incremento en el cLDL**. Solo si se cumplen estos indicadores adicionales se considera **obesidad clínica**; de lo contrario, se clasifica como **preclínica**.

Esta distinción impacta directamente en el **abordaje terapéutico**. Para la **obesidad clínica**, el tratamiento sería más agresivo, pudiendo incluir **farmacoterapia combinada**, con el objetivo de lograr una reducción de peso y revertir el daño orgánico existente. En contraste, en la **obesidad preclínica**, la prioridad estratégica sería **evitar** la progresión hacia el daño orgánico. Esto se lograría mediante la promoción de un estilo de vida cardiosaludable y una reducción de peso vigilada y controlada

Pero esta nueva clasificación genera una **controversia significativa**. La principal crítica radica en que la **obesidad preclínica** no se considere una enfermedad, puesto que implica la **activación de mecanismos patológicos** que, a largo plazo, conducirán a enfermedades asociadas. Por consiguiente, se argumenta que sería más apropiado considerarla una **fase subclínica de la enfermedad**, estableciendo un paralelismo con el manejo de la **diabetes mellitus**.

DESENMASCARANDO PACIENTES CON OBESIDAD: LA POSTURA DE LA EASO

La **Asociación Europea para el Estudio de la Obesidad (EASO)**, fundada en 1986 y reconocida oficialmente por la **OMS**, define la **obesidad** como una enfermedad crónica multifactorial que se caracteriza por la acumulación anormal o excesiva de grasa corporal, lo que representa un riesgo para la salud.

La **EASO** reconoce que el **IMC** no identifica la obesidad de forma adecuada, ya que no refleja la distribución ni la función del tejido adiposo. Por sí solo, es insuficiente para un diagnóstico completo. De hecho, la acumulación de **grasa abdominal (visceral)** genera complicaciones cardiometabólicas y es el determinante más importante del desarrollo de enfermedad, incluso en individuos con un **IMC** considerado normal.

La última declaración de la EASO considera **obesidad** a los pacientes con un **IMC entre 25-30 kg/m²**, que además presenten **acumulación de grasa abdominal** y cualquier **deterioro médico, funcional o psicológico** relacionado con esta patología. Esta nueva definición busca evitar diagnósticos incompletos y facilitar un tratamiento más precoz, antes de que el daño se establezca.

Para medir la grasa abdominal, la **EASO** recomienda el **índice cintura-altura**, que estima mejor el riesgo de enfermedad cardiometabólica que la circunferencia de la cintura. Esta perspectiva no solo permite un abordaje temprano, sino que también ayuda a "desenmascarar" a pacientes con obesidad que, bajo los criterios anteriores, habrían sido diagnosticados solo con sobrepeso. De hecho, una de cada cinco personas clasificadas previamente como sobrepeso según el **IMC** se reclasificaría como obesidad bajo los nuevos criterios de la **EASO**.

Recientemente, un estudio publicado en **Annals of Internal Medicine**, que analizó datos de la **Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Estados Unidos (NHANES)** entre 1999 y 2018, ha validado la nueva definición de la **EASO**. Según sus hallazgos, las personas clasificadas con **obesidad** con un **IMC ≥ 25 y < 30** tienen un **mayor riesgo de mortalidad** en comparación con individuos de peso normal sin comorbilidades. Este riesgo, sin embargo, es **similar al de quienes presentan comorbilidades** asociadas sin obesidad.



Ilustración 1. Redefiniendo la obesidad. CARPRIMARIA

REFERENCIAS



[Olivia Gilbert et al. 2025 Concise Clinical Guidance: An ACC Expert Consensus Statement on Medical Weight Management for Optimization of Cardiovascular Health: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. JACC. Jun 20,](#)

[Luca Busetto et al. A new framework for the diagnosis, staging and management of obesity in adults. Naturemedicine 30, 2395-2399 \(2024\) Free access](#)