

## Los post más interesantes del Blog de Mateu

### RESUMEN

En el primer artículo comentamos el nuevo algoritmo de manejo farmacológico de la Obesidad de EASO 2025, anunciado recientemente en el congreso de EASO (*European Association for the Study of Obesity*) 2025. Se divide en dos ramas claras, manejo de peso sin complicaciones y con complicaciones. Se trata de un algoritmo sencillo pero potente (por cierto, muy similar a nuestro algoritmo de obesidad de la redGDPS). Si no hay datos, se indica claramente. Si los hay, se ordenan por eficacia. Esto nos ayudará a una toma de decisiones razonada al movernos en el terreno del tratamiento farmacológico de la obesidad.

En el segundo artículo comentamos un trabajo interesante que busca modificar la clasificación y el diagnóstico de la obesidad, ofreciendo una nueva perspectiva en su abordaje. En este artículo se intenta redefinir la obesidad como enfermedad intentando permitir un manejo clínico más eficaz, reduciendo el estigma y facilitando el acceso a tratamientos.

**Palabras clave:** European Association for the Study of Obesity, algoritmo, obesidad, diagnóstico, indicadores.

**Keywords:** European Association for the Study of Obesity, algoritmo, obesity, diagnosis, indicators.

### NUEVO ALGORITMO DE MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA OBESIDAD DE EASO 2025

Comentario de Carlos Hernández Teixidó

Médico de familia del Centro de Salud de Burguillos del Cerro, Badajoz.

En el congreso de EASO (*European Association for the Study of Obesity*) 2025 se anunciaba la publicación de un nuevo algoritmo acompañado de una guía de práctica clínica (GPC). Aunque desde el Blog de Mateu no hemos asistido este año a este congreso, la repercusión de ciertos artículos, así como de este algoritmo, hace que no podamos dejar de hacer un breve comentario al respecto. Pese a no estar publicado aún, el revuelo que ha causado en redes sociales y entre los asistentes al congreso, bien merece que le dediquemos un comentario. Se trata de un algoritmo farmacológico con la evidencia publicada hasta enero de 2025 de estudio de más de 48 semanas de seguimiento. Es una herramienta útil para ordenar el manejo farmacológico de la obesidad desde una perspectiva clínica.

El algoritmo se divide en dos ramas claras, manejo de peso sin complicaciones y con complicaciones. En la rama sin complicaciones, el objetivo es reducir la acumulación de grasa para prevenir la disfunción de órganos no adiposos. Para ello,

recomienda el uso de tirzepatida (TIRZE), semaglutida (SEMA), fermetina/topiramato (FER/TOPI), liraglutida (LIRA), naltrexona/bupropion (NAL/BUP) y orlistat (ORLI).

En los casos específicos donde hay complicaciones relacionadas por fuerzas mecánicas, como es el caso de la artrosis de rodilla o de la apnea obstructiva del sueño (SAOS), se emplearán respectivamente SEMA y TIRZE.

En los casos en los que hay complicaciones presentes con relación directa a la relación endocrina e inmunitaria de la grasa, el algoritmo propone lo siguiente. En caso de existencia de prediabetes se priorizará TIRZE, SEMA y LIRA buscando la restauración de la normoglucemia. Si existe una DM2 presente, se emplearán TIRZE, SEMA, LIRA o NAL/BUP para buscar la remisión de la diabetes. Si existen enfermedades cardiovasculares previas, SEMA es el fármaco que ha conseguido una reducción en el MACE. Para pacientes con obesidad e insuficiencia cardiaca (IC), TIRZE y SEMA buscan conseguir una disminución de la hospitalización por IC.

Y en pacientes con enfermedad metabólica por hígado graso (MAFLD) TIRZE busca la remisión de la esteatohepatitis.

Se trata de un algoritmo sencillo pero potente (*por cierto, muy similar a nuestro algoritmo de obesidad de la redGDPS*). Si no hay datos, se indica claramente. Si los hay, se ordenan por eficacia. Esto nos ayudará a una toma de decisiones razonada al movernos en el terreno del tratamiento farmacológico de la obesidad.

Este algoritmo da una hoja de ruta sensata para manejar la obesidad como lo que es: una enfermedad crónica, sistémica, con manifestaciones muy distintas según el paciente. Y, sobre todo, permite que desde Atención Primaria podamos orientar el tratamiento con criterio y con respaldo en la evidencia más reciente.

### BIBLIOGRAFÍA

---

1. Barbara McGowann, Andreea Ciudin, Jennifer L. Baker, Luca Busetto, Dror Dicker, et al. Development of the European Association for the Study of Obesity (EASO) Grade-Based Framework on the Pharmacological Treatment of Obesity: Design and Methodological Aspects medRxiv 2025.04.07.25325370; doi: <https://doi.org/10.1101/2025.04.07.25325370>.

### REDEFINIENDO LA OBESIDAD (2025): NUEVOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y UN ENFOQUE FUNCIONAL

---

Comentario del Dr. Joan Barrot de la Puente

*Médico de familia del Centro de Salud Tafalla, Navarra*

Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció la obesidad como enfermedad crónica en 1948, el debate sobre su clasificación persiste. Sus defensores destacan que este enfoque mejora el acceso a la atención médica y reduce el estigma, mientras que los críticos advierten que podría minimizar la responsabilidad individual y fomentar intervenciones innecesarias. Actualmente, la obesidad se percibe más como un factor de riesgo que como una enfermedad con manifestaciones propias.

Una comisión internacional de 58 expertos (2022-2024) redefinió la obesidad, desarrollando criterios clínicos y biológicos. Mediante encuestas Delphi y reuniones periódicas, lograron consenso en 82 declaraciones, de las cuales el 60 % fueron unánimes, estableciendo 18 criterios diagnósticos para personas adultas y 13 para niños y adolescentes. El documento final, respaldado por organizaciones científicas y de pacientes, fue aprobado por la mayoría de los comisionados.

El concepto de enfermedad implica una fisiopatología que afecta a órganos, genera síntomas y aumenta el riesgo de discapacidad y mortalidad. En el caso de la obesidad, su clasificación como enfermedad se fundamenta en su persistencia crónica, complicaciones sistémicas (diabetes —DM—, cáncer) y mecanismos patogénicos. Sin embargo, el índice de masa corporal (IMC), la medida más utilizada, tiene limitaciones, ya que puede sobre diagnosticar o subestimar la obesidad. Consensos internacionales sugieren complementarlo con medidas más precisas como la circunferencia de cintura (CC) o la evaluación de la grasa corporal.

Redefinir la obesidad como enfermedad permitiría un manejo clínico más eficaz, reduciendo el estigma y facilitando el acceso a tratamientos.

La obesidad es un factor de riesgo significativo para múltiples enfermedades y una causa directa de mortalidad prematura. Se clasifica en tres tipos: genética; secundaria, cuando es

consecuencia de enfermedades o tratamientos; y primaria, la más frecuente, derivada de factores multifactoriales como el estilo de vida. Fenotípicamente, se distingue entre obesidad androide (acumulación de grasa visceral, con mayor riesgo metabólico) y ginoide (grasa localizada en caderas y muslos, con menor riesgo metabólico).

El diagnóstico de obesidad debe trascender el IMC, incorporando mediciones antropométricas y criterios ajustados a factores como edad, sexo y etnia, para evitar errores diagnósticos. La obesidad puede causar enfermedades como DM2, enfermedades cardiovasculares (ECV) y ciertos cánceres, mediante mecanismos como resistencia a la insulina, inflamación crónica y acumulación de grasa ectópica.

La obesidad clínica se define como una enfermedad crónica, sistémica y heterogénea, caracterizada por un exceso de adiposidad que provoca disfunción orgánica o reducción en las capacidades funcionales. Este diagnóstico integra un componente antropométrico (cantidad de grasa corporal) y otro clínico (efectos adversos en la salud). La obesidad preclínica es aquella en la que el exceso de grasa no genera disfunciones pero representa un riesgo significativo de progresión. Este enfoque permite identificar complicaciones directas de la obesidad, como resistencia a la insulina, hiperglucemia e hipertrigliceridemia, diferenciándolas de enfermedades completas como la DM2.

Aunque el IMC es una herramienta útil para la evaluación poblacional, resulta insuficiente como criterio diagnóstico de enfermedad. Por ello, se recomienda complementarlo con métodos más precisos de análisis de composición corporal, especialmente en individuos cercanos a los umbrales de IMC, para reducir el riesgo de infradiagnóstico.

El diagnóstico de obesidad clínica implica identificar disfunciones orgánicas específicas o limitaciones en las actividades diarias, ya que la cantidad de grasa por sí sola no define la enfermedad. Este enfoque permite un diagnóstico preciso y subraya la necesidad de sistemas de estadificación que permitan estratificar la gravedad y priorizar estrategias terapéuticas según el impacto clínico.

La obesidad tiene una etiología multifactorial, que incluye factores genéticos, ambientales y metabólicos. La prevalencia creciente está impulsada por el sedentarismo y el consumo de alimentos ultra-procesados. Además, mutaciones genéticas raras pueden causar obesidades graves, especialmente en la infancia, donde las pruebas genéticas son esenciales para guiar el tratamiento y el asesoramiento familiar.

Fisiopatológicamente, la obesidad surge del desequilibrio entre ingesta calórica y almacenamiento de nutrientes. Este exceso favorece la acumulación de grasa ectópica en órganos como hígado, páncreas y músculo, desencadenando resistencia a la insulina, inflamación crónica y disfunción metabólica. La expansión excesiva del tejido adiposo genera isquemia, fibrosis y alteraciones en la secreción de adipocinas, exacerbando las complicaciones metabólicas.

El hipotálamo, mediante neuronas orexigénicas (que estimulan el apetito) y anorexigénicas (que lo inhiben), regula el metabolismo y el peso corporal, pero en la obesidad, estos circuitos se desregulan, favoreciendo la sobrealimentación. A su vez, el sistema de recompensa cerebral refuerza el consumo de alimentos hipercalóricos, perpetuando un comportamiento alimentario disfuncional.

La obesidad es una enfermedad crónica que afecta a múltiples sistemas corporales e induce enfermedades como DM2, ECV y enfermedad hepática grasa asociada a disfunción metabólica (MASLD), debido a inflamación crónica, grasa ectópica y disfunción endotelial, que promueven resistencia a la insulina, glucotoxicidad, lipotoxicidad y esteatosis hepática.

La obesidad agrava la inflamación sistémica al alterar la microbiota intestinal y aumenta el riesgo de osteoartritis, apnea obstructiva, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular y tromboembolia. También afecta el sistema nervioso (hipertensión intracraneal, neuropatía periférica) y respiratorio (hipoventilación, reducción de la función pulmonar). La adiposidad intraabdominal favorece linfedema, infecciones y celulitis. En el ámbito reproductivo, se asocia con trastornos hormonales, síndrome de ovario poliquístico e infertilidad. Además, compromete la movilidad, aumentando la discapacidad y la sarcopenia. Eleva el riesgo de cáncer, mientras que su relación con la depresión perpetúa hábitos poco saludables.

El estigma hacia la obesidad, basado en la falsa idea de que depende solo de la fuerza de voluntad, agrava sus consecuencias psicosociales y dificulta el acceso a la atención médica. Este sesgo, presente incluso en profesionales de la salud, debe abordarse con educación sobre su base biológica y estrategias contra la discriminación. La obesidad impacta la calidad de vida en salud física y bienestar emocional, asociándose a trastornos del sueño, y alimentarios. Este estigma, más prevalente en mujeres (19-42 %), fomenta la evitación médica y agrava problemas psicológicos como ansiedad y depresión, perpetuando el ciclo de la obesidad.

El tratamiento de la obesidad debe centrarse en la remisión de manifestaciones clínicas y la prevención de complicaciones

en órganos diana, priorizando la mejora funcional sobre la pérdida de peso absoluta. Este enfoque exige una estrategia individualizada que combine modificaciones del estilo de vida, terapia farmacológica, apoyo psicológico y cirugía metabólica, según el balance riesgo-beneficio.

Aunque se ha avanzado en obesidad, persisten brechas en su comprensión y manejo. Un enfoque multidisciplinario que integre aspectos médicos, psicológicos, culturales y sociales es clave.

Aunque el estudio tiene limitaciones, como el sesgo hacia países de altos ingresos y la falta de métodos robustos como metaanálisis, sus fortalezas incluyen la diferenciación entre riesgo y enfermedad, la inclusión de factores culturales y sociales, y la promoción de la sensibilización frente al estigma.

Un trabajo interesante que busca modificar la clasificación y el diagnóstico de la obesidad, ofreciendo una nueva perspectiva en su abordaje.

### BIBLIOGRAFÍA

---

1. Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, Cohen RV, Wilding JPH, Brown WA, et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2025 Jan 9: S2213-8587(24)00316-4. doi: 10.1016/S2213-8587(24)00316-4.