

# 33

## **CONTRASTE** **ENTRE MÉTODOS DIAGNÓSTICOS TRADICIONALES Y** **ACTUALES PARA LA OBESIDAD**



© 2026; Los autores. Este es un artículo en acceso abierto, distribuido bajo los términos de una licencia Creative Commons que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio siempre que la obra original sea correctamente citada.

# CONTRASTE

## ENTRE MÉTODOS DIAGNÓSTICOS TRADICIONALES Y ACTUALES PARA LA OBESIDAD CONTRAST BETWEEN TRADITIONAL AND CURRENT DIAGNOSTIC METHODS FOR OBESITY

Katherin Alejandra Hernández-Asanza<sup>1</sup>

E-mail: [katherinha58@uniandes.edu.ec](mailto:katherinha58@uniandes.edu.ec)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-8972-4076>

Merys Coromoto López-Márquez<sup>1</sup>

E-mail: [ua.meryslm96@uniandes.edu.ec](mailto:ua.meryslm96@uniandes.edu.ec)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0710-0712>

Evelyn Alexandra Encalada-Bermeo<sup>1</sup>

E-mail: [ua.evelyneb94@uniandes.edu.ec](mailto:ua.evelyneb94@uniandes.edu.ec)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-6987-5397>

<sup>1</sup>Universidad Regional Autónoma de Los Andes. Ecuador.

Cita sugerida (APA, séptima edición)

Hernández-Asanza, K. A., López-Márquez, M. C., & Encalada-Bermeo, E. A. (2026). Contraste entre métodos diagnósticos tradicionales y actuales para la obesidad. *Revista Metropolitana de Ciencias Aplicadas*, 9(1), 310-317.

**Fecha de presentación:** 13/10/2025

**Fecha de aceptación:** 22/11/2025

**Fecha de publicación:** 01/01/26

### RESUMEN

La obesidad se ha consolidado como una de las enfermedades crónicas de alcance global, caracterizada por el exceso de adiposidad que compromete la salud metabólica, cardiovascular y musculoesquelética de los individuos. Su prevalencia ha crecido de manera alarmante tanto en adultos como en población pediátrica, al convertirse esta condición en un reto central para los sistemas de salud. De ahí, la necesidad de criterios diagnósticos precisos que permitan una identificación temprana y un manejo eficaz de los pacientes. Por ello, el presente estudio se ha orientado en analizar comparativamente los criterios diagnósticos tradicionales y las nuevas propuestas para la obesidad. Para ello, se realizó una revisión de la literatura científica para el desarrollo del análisis comparativo de los criterios tradicionales, como el Índice de Masa Corporal, la circunferencia de cintura y nuevas propuestas presentadas. El análisis evidenció que los criterios tradicionales, aunque accesibles y ampliamente utilizados, presentan limitaciones en la evaluación del riesgo metabólico. En cambio, las nuevas propuestas ofrecieron una mayor precisión clínica, mediante la identificación temprana de individuos vulnerables a esta patología y con ella, una intervención más personalizada y un mejor pronóstico. Se ha concluido que la incorporación de criterios más completos ha demostrado mejorar la precisión del diagnóstico, facilitar el tratamiento individualizado y optimizar las acciones de prevención en salud pública. Inclusive, su implementación mitigaría la carga global de la obesidad y sus complicaciones, al establecer las bases para investigaciones orientadas a perfeccionar los diagnósticos e implementar guías clínicas estandarizadas en el manejo de la obesidad.

### Palabras clave:

Composición corporal, intervención temprana, prevención, tratamiento personalizado, variables genéticas, variables ambientales.

### ABSTRACT

Obesity has become established as a chronic disease of global reach, characterized by excess adiposity that compromises the metabolic, cardiovascular, and musculoskeletal health of individuals. Its prevalence has grown alarmingly in both adults and children, making this condition a central challenge for healthcare systems. Hence, the need for precise diagnostic criteria that allow for early identification and effective management of patients. Therefore, this study aimed to comparatively analyze traditional diagnostic criteria and new proposals for obesity. To this end, a review of the scientific literature was conducted to develop a comparative analysis of traditional criteria, such as Body Mass Index and waist circumference, and new proposals. The analysis revealed that traditional criteria, although accessible and widely used, have limitations in assessing metabolic risk. In contrast, the new proposals offered greater clinical precision through the early identification of individuals vulnerable to this condition, leading to more personalized intervention and a better prognosis. It has been concluded that incorporating more comprehensive criteria has improved diagnostic accuracy, facilitated individualized treatment, and optimized public health prevention efforts. Furthermore, their implementation would mitigate the global burden of obesity and its complications by establishing a foundation for research aimed at refining diagnoses and implementing standardized clinical guidelines for obesity management.

## Keywords:

Body composition, early intervention, prevention, personalized treatment, genetic variables, environmental variables.

## INTRODUCCIÓN

La obesidad constituye una enfermedad crónica de origen multifactorial que afecta actualmente a cientos de millones de personas en todo el mundo (Blüher, 2025). Su presencia se asocia con una amplia gama de patologías crónicas no transmisibles, entre las que destacan la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares, los trastornos musculoesqueléticos y diversos tipos de cáncer (Lee et al., 2025).

En las últimas cinco décadas, la prevalencia global de la obesidad se ha triplicado, convirtiéndose en una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a escala mundial. Este incremento no se limita a la población adulta, ya que también se observa un aumento preocupante en la incidencia de obesidad infantil y adolescente. Este fenómeno es particularmente evidente en los países con ingresos medios y bajos, al observarse en los cambios de los patrones alimentarios y de la actividad física de la sociedad (Zahid et al., 2025b).

Además de su impacto sobre la salud individual, la obesidad representa un reto de salud pública de enorme magnitud debido a su progresiva expansión y a las repercusiones que genera en la calidad y esperanza de vida de las personas afectadas. Su etiología responde a una interacción compleja entre elementos genéticos, conductuales, hormonales, ambientales y sociales.

Entre estos, la adopción de dietas hipercalóricas, el consumo de alimentos ultraprocesados y la inactividad física se destacan como los principales impulsores de la epidemia de obesidad en las sociedades contemporáneas. En este sentido, la urbanización acelerada, los cambios en los estilos de vida y la reducción del gasto energético diario han contribuido a consolidar un entorno obesogénico que favorece el desarrollo y mantenimiento de esta enfermedad (Loos & Yeo, 2022).

Desde una perspectiva económica, la obesidad genera un impacto considerable tanto en los sistemas sanitarios como en la productividad social (Chong et al., 2025). Los costos directos provienen principalmente del tratamiento médico de las enfermedades asociadas, como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial y las patologías coronarias (Xie et al., 2024). A su vez, los costos indirectos derivan de la disminución de la productividad laboral, el ausentismo y la sobrecarga que implica para los sistemas de salud pública.

Estudios recientes estiman que el gasto global vinculado con la obesidad supera los dos billones de dólares anuales, lo cual equivale a cerca del tres por ciento del producto interno bruto mundial (Segrestin & Cherifi, 2025). Estas cifras reflejan la urgencia de implementar medidas

que contemplen acciones preventivas, diagnósticos precoces y tratamientos sostenibles orientados a reducir su incidencia y sus consecuencias socioeconómicas.

Tradicionalmente, el Índice de Masa Corporal (IMC) ha sido el parámetro más empleado para identificar y clasificar la obesidad en la práctica clínica y epidemiológica. Este índice se obtiene al dividir el peso corporal en kilogramos entre la altura en metros al cuadrado ( $\text{kg/m}^2$ ) y ha sido ampliamente utilizado desde su desarrollo en el siglo XX. No obstante, este método presenta limitaciones, dado que no diferencia entre masa magra y masa grasa, ni toma en cuenta la distribución del tejido adiposo.

De ahí que, el presente artículo se propone examinar comparativamente los criterios tradicionales y las nuevas propuestas de diagnóstico de la obesidad, al identificar sus diferencias conceptuales, el momento de su implementación y sus implicaciones potenciales en el ámbito de la salud pública. Por tanto, se analiza de qué manera estas actualizaciones pueden contribuir a una detección más temprana de los individuos en riesgo y a la formulación de acciones de prevención, así como de tratamientos eficaces y sostenibles a largo plazo.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio se basa en una revisión y análisis comparativo de los criterios diagnósticos tradicionales y las nuevas propuestas para la obesidad (Zhang et al., 2023). Por tanto, permite evaluar de manera crítica las ventajas, limitaciones y aplicabilidad clínica de ambas técnicas, así como sus implicaciones para la salud pública. La metodología se diseñó, al seguir las directrices de revisiones y análisis comparativos en el campo de la salud según las guías PRISMA para revisiones sistemáticas.

La búsqueda de literatura se realizó en bases de datos científicas reconocidas, como Scopus, PubMed, Web of Science y SciELO, al utilizar una combinación de términos relacionados con la obesidad y los criterios diagnósticos. Se emplearon operadores booleanos para combinar términos como “obesity diagnostic criteria”, “Body Mass Index limitations”, “visceral fat distribution” y “new approaches to obesity diagnosis”. La búsqueda se limitó a artículos publicados en los últimos 5 años (2020-2025), en idiomas inglés y español, y se priorizaron artículos originales, revisiones sistemáticas, metanálisis y guías clínicas.

Los criterios de inclusión se centraron en estudios que abordaran los criterios diagnósticos tradicionales de la obesidad, como el Índice de Masa Corporal (IMC) y la circunferencia de cintura. Así como, aquellos que propusieran nuevos métodos diagnósticos, como la evaluación de la distribución de grasa visceral o el uso de biomarcadores metabólicos.

También se incluyeron guías clínicas y consensos internacionales que analizaran las implicaciones clínicas y

de salud pública de estos criterios. En paralelo, se excluyeron artículos que no estuvieran relacionados con el diagnóstico de la obesidad, aquellos que no proporcionaran evidencia científica sustentable (como opiniones o cartas al editor) y los que no estuvieran disponibles en texto completo.

La selección de estudios se realizó en dos etapas, en la primera, se revisaron los títulos y resúmenes de los artículos identificados para determinar su impacto referente a la diagnosis de la obesidad. Mientras en la segunda etapa, se evaluaron en texto completo los artículos preseleccionados para verificar su calidad y pertinencia. Para garantizar la calidad metodológica de los estudios incluidos, se utilizaron herramientas como AMSTAR2 para revisiones sistemáticas y CASPe para estudios cualitativos. Estas herramientas permitieron evaluar la validez de los resultados y la aplicabilidad de los estudios en el diagnóstico de la obesidad.

Por consiguiente, el análisis comparativo se centró en evaluar las ventajas y limitaciones de los criterios tradicionales (IMC y circunferencia de cintura) frente a las nuevas propuestas (distribución de grasa visceral, biomarcadores metabólicos, etc.). Se analizó la aplicabilidad clínica de cada técnica en diferentes poblaciones, su impacto en la identificación temprana de pacientes en riesgo y sus implicaciones para los sistemas de salud. Este análisis se basó en la evidencia recopilada y se complementó con una discusión de los resultados.

En cuanto a las consideraciones éticas, este estudio no requirió la aprobación de un comité de ética, ya que se basó en una revisión de literatura. Sin embargo, se garantizó la integridad académica, al asegurar que el estudio cumpla con los estándares éticos y académicos requeridos en la investigación científica.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la primera mitad del siglo XX, el diagnóstico clínico de la obesidad se basó fundamentalmente en el peso corporal total, al utilizar parámetros como el Índice de Masa Corporal (IMC) para clasificar el estado nutricional de los individuos (Gómez Ambrosi et al., 2025). De ahí que, se establecieron los primeros estándares internacionales de diagnóstico y seguimiento, pero a la vez limitó la comprensión de la enfermedad, ya que no distinguía entre la masa grasa y la masa magra, ni evaluaba la distribución del tejido adiposo. Por ello, durante décadas la obesidad fue interpretada como un problema cuantitativo, vinculado principalmente al balance energético entre ingesta y gasto calórico.

Con el desarrollo de la biología molecular y la medicina metabólica a finales del siglo XX, se consolidó un cambio paradigmático. La investigación reveló que la obesidad no es solo una consecuencia del exceso de energía, sino

una enfermedad crónica caracterizada por alteraciones metabólicas, hormonales y genéticas.

El tejido adiposo se reconoció como un órgano endocrino activo, capaz de secretar adipocinas e interleucinas que modulan procesos inflamatorios, resistencia a la insulina y disfunciones cardiovasculares. Este resultado amplió la comprensión del papel fisiopatológico de la grasa corporal y transformó el concepto de obesidad desde una condición estática hacia un estado patológico dinámico (Przybyłowski et al., 2025).

Durante las dos primeras décadas del siglo XXI, las principales organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y diversas comisiones médicas, adoptaron una visión de mayor alcance que considera la obesidad como una enfermedad sistémica crónica. Esta perspectiva reconoce la interacción de determinantes genéticos, epigenéticos, ambientales, psicológicos y sociales en su desarrollo y mantenimiento. Así, se supera la noción simplificada del “exceso de peso” para entenderla como un trastorno metabólico complejo, donde influyen el entorno alimentario, el sedentarismo, las desigualdades socioeconómicas y las predisposiciones biológicas.

Actualmente, la conceptualización moderna de la obesidad distingue entre obesidad clínica y obesidad preclínica (Eun Nam, 2025). Esta diferenciación permite la detección temprana y la intervención preventiva, al constituir un avance en la medicina personalizada y la salud pública.

En consecuencia, la evolución conceptual de la obesidad refleja un tránsito desde una visión biométrica y conductual hacia una perspectiva biomédica. De hecho, la obesidad se concibe como una enfermedad crónica multifactorial que requiere diagnóstico temprano, tratamiento multidisciplinario y políticas públicas sostenibles. Este cambio no solo ha transformado los criterios clínicos en el diagnóstico, sino que también ha redefinido la forma en que los sistemas de salud manejan la prevención, el tratamiento y la gestión global de esta condición.

### Criterios en el diagnóstico

El Índice de Masa Corporal (IMC) ha sido la herramienta más utilizada para el diagnóstico de la obesidad desde su adopción por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1997. Este indicador se calcula, al dividir el peso en kilogramos por la altura en metros al cuadrado ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) y clasifica a los individuos en las siguientes categorías:

- Peso normal (18,5–24,9  $\text{kg}/\text{m}^2$ ),
- Sobrepeso (25,0–29,9  $\text{kg}/\text{m}^2$ ),
- Obesidad clase I (30,0–34,9  $\text{kg}/\text{m}^2$ ),
- Obesidad clase II (35,0–39,9  $\text{kg}/\text{m}^2$ ) y
- Obesidad clase III ( $\geq 40,0$   $\text{kg}/\text{m}^2$ ).

A pesar de su simplicidad y amplia aceptación, el IMC presenta limitaciones, ya que no distingue entre masa grasa y masa magra, ni considera la distribución de la grasa corporal, elementos determinantes en la evaluación del riesgo metabólico. Por ejemplo, individuos con un IMC normal, pero con un alto porcentaje de grasa visceral pueden tener un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiometabólicas. Mientras que aquellos con un IMC elevado debido a una alta masa muscular pueden no presentar retos significativos para la salud.

En 2025, la Comisión de The Lancet Diabetes & Endocrinology, a partir de un consenso internacional de expertos redefinió la obesidad como una enfermedad sistémica crónica causada por el exceso de grasa corporal que afecta el funcionamiento de órganos y tejidos (Flegal, 2025). Esta nueva definición introduce dos categorías principales:

- **Obesidad clínica**, caracterizada por un exceso de grasa corporal que causa disfunción orgánica o limitaciones en las actividades diarias,
- **Obesidad preclínica**, que se refiere a un exceso de grasa sin evidencia actual de disfunción, pero con un riesgo elevado de desarrollar complicaciones.

Además del IMC, esta técnica recomienda evaluar la distribución de la grasa corporal (mediante la circunferencia de cintura). Así como, la presencia de comorbilidades asociadas, como diabetes tipo 2, hipertensión y apnea del sueño.

### Comparación de técnicas. Criterios, fechas y objetivos

Los criterios tradicionales basados en el IMC han sido ampliamente utilizados desde 1997 con el objetivo de proporcionar una medida sencilla y accesible del riesgo asociado al exceso de peso. Sin embargo, su simplicidad limita su precisión diagnóstica, especialmente en poblaciones con características específicas, como atletas o personas de origen asiático. Por consiguiente, estas personas pueden presentar un mayor riesgo metabólico con un IMC más bajo en comparación con poblaciones occidentales.

En contraste, la nueva definición de 2025 de la Comisión de The Lancet ofrece un análisis integral y personalizado, que considera no solo el IMC, sino también la distribución de la grasa corporal y su impacto clínico (Zahid et al., 2025a). Por tanto, identifica a individuos que, a pesar de tener un IMC dentro del rango normal, presentan una distribución anómala de grasa, junto con indicadores de riesgo metabólico, lo que facilita una intervención más temprana y efectiva.

Además, la nueva técnica reconoce la influencia de elementos genéticos, epigenéticos y ambientales en el desarrollo de la obesidad, al promover un diagnóstico individualizado en el tratamiento de los pacientes. Por ejemplo, estudios recientes han demostrado que la circunferencia

de la cintura y la relación cintura-altura son mejores predictores de riesgo cardiovascular y metabólico que el IMC solo, al respaldar su inclusión en los nuevos criterios diagnósticos (Sung et al., 2025). Estas medidas adicionales se traducen en un diagnóstico más preciso y una mejor personalización del tratamiento, al incluir proyecciones nutricionales, farmacológicas y quirúrgicas adaptadas a cada paciente.

### Implicaciones clínicas y de salud pública

La adopción de los nuevos criterios diagnósticos propuestos por la Comisión de The Lancet mejoraría la identificación y el tratamiento de la obesidad. Sin embargo, su implementación requeriría capacitación adicional para los profesionales de la salud y ajustes en las políticas sanitarias.

Una de las principales implicaciones clínicas de esta técnica es la posibilidad de un diagnóstico más preciso y temprano, lo que permitiría intervenciones médicas y conductuales más efectivas. Al centrarse en la distribución de la grasa corporal y no solo en el IMC, se identifican pacientes con alto riesgo metabólico antes de que desarrollen enfermedades crónicas, como diabetes tipo 2 o enfermedades cardiovasculares (Carretero Gómez et al., 2021).

Desde una perspectiva de salud pública, la aplicación de estos criterios en programas nacionales e internacionales mejoraría la evaluación del riesgo en diferentes poblaciones y con ello, la implementación de acciones preventivas de mayor alcance. De ahí que, permita reducir la carga de enfermedades crónicas asociadas de la obesidad, así como los costos sanitarios derivados. Por ejemplo, se ha estimado que la adopción de criterios más precisos podría reducir los costos asociados a la obesidad en un 20-30% a largo plazo, gracias a una identificación más temprana y un manejo más efectivo de los pacientes.

Inclusive, la implementación de los nuevos criterios fomentaría un análisis de mayor alcance en el tratamiento de la obesidad, al incorporar aspectos psicológicos y sociales en la atención de los pacientes. Esto es especialmente relevante dado que la obesidad no solo afecta la salud física, sino también el bienestar emocional y la calidad de vida de los individuos. Estudios recientes han demostrado que la inclusión de los elementos psicológicos y sociales asociados al diagnóstico de la obesidad mejoran los resultados del tratamiento y reducen las tasas de recaída (Hong & Park, 2025).

A pesar de las ventajas de los nuevos criterios, su implementación enfrenta varios retos, entre ellos, la complejidad de las nuevas medidas diagnósticas. Así como, la evaluación de la distribución de la grasa visceral y la presencia de comorbilidades que dificulta su adopción en entornos con recursos limitados. Además, la falta de estandarización en la medición de algunos parámetros,

como la circunferencia de la cintura, lo cual suele generar discrepancias en los resultados.

Por ello, se requiere de acciones de capacitación adicional para los profesionales de la salud y la actualización de las guías clínicas que representan barreras para la adopción generalizada de estos criterios. De hecho, se ha observado que la incorporación de los nuevos criterios diagnósticos para la obesidad genera un impacto positivo en la práctica clínica y en las proyecciones de salud pública, al permitir una prevención más temprana y un manejo integral y personalizado.

La evolución conceptual de la obesidad ha constituido un proceso histórico, científico y clínico que refleja el avance en la comprensión de su etiología, fisiopatología y consecuencias para la salud humana. En sus inicios, la obesidad fue considerada únicamente como un determinante de riesgo asociado a enfermedades metabólicas y cardiovasculares, al centrar su diagnóstico en el exceso de peso corporal como una condición estética o secundaria a hábitos de vida inadecuados.

Sin embargo, los avances en la investigación biomédica, la genética y la endocrinología han transformado esta visión reduccionista, al reconocer a la obesidad como una enfermedad crónica, compleja y multifactorial con implicaciones sistémicas. De hecho, su diagnóstico ha transitado a través del análisis e interpretación de los criterios tradicionales y las nuevas propuestas diagnósticas para la obesidad, al presentar las ventajas, limitaciones e implicaciones clínicas (Yao et al., 2025).

Los resultados han demostrado que, si bien el IMC ha sido una herramienta valiosa y ampliamente utilizada desde su adopción en 1997, presenta limitaciones que afectan su precisión diagnóstica. Entre los resultados comparativos del estudio se ha observado que el método tradicional presenta incapacidad para diferenciar entre masa grasa y masa magra, incluso, no considera la distribución de la grasa corporal en la evaluación del riesgo metabólico. Estas limitaciones se han evidenciado en poblaciones específicas, como atletas o personas de origen asiático, quienes pueden presentar un mayor riesgo metabólico con un IMC más bajo en comparación con poblaciones occidentales.

La evidencia obtenida ha respaldado que la obesidad debe evaluarse, al considerar no solo el peso relativo, sino también la distribución de grasa y la presencia de comorbilidades. Estos resultados han concordado con estudios previos que han destacado la insuficiencia del Índice de Masa Corporal como único indicador de riesgo (Sibal et al., 2025).

En contraste, las nuevas propuestas diagnósticas de la Comisión de The Lancet Diabetes & Endocrinology han ofrecido una técnica personalizada, que no solo considera el IMC, sino también la proporción de la grasa corporal y la manifestación de comorbilidades asociadas. De

hecho, la inclusión de técnicas como la circunferencia de la cintura y la relación cintura-altura ha demostrado ser un mejor predictor de riesgo cardiovascular y metabólico que el IMC solo, al respaldar su uso en los nuevos criterios (Rubino et al., 2025).

Referente a la obesidad preclínica, se ha observado que se debe tener en cuenta en el momento de su análisis, donde el exceso de grasa no ha causado disfunción orgánica, pero existe un riesgo elevado de desarrollar complicaciones. Desde el punto de vista de salud pública, se ha examinado que la adopción de los nuevos criterios mejoraría la evaluación a largo plazo, gracias a una identificación más temprana de la enfermedad. Con ello, se diagnosticaría la obesidad no solo como una enfermedad que afecta la salud física, sino también el bienestar emocional y la calidad de vida de los individuos.

No obstante, la implementación de los nuevos criterios presentó retos relacionados con la estandarización de mediciones y la disponibilidad de recursos en entornos clínicos con limitaciones técnicas. Por consiguiente, se observó que la heterogeneidad poblacional y la variabilidad en la evaluación de comorbilidades afectaría la consistencia de los resultados. Por tanto, se sugiere que futuras investigaciones validen estos criterios, al incluir los diferentes grupos étnicos y rangos etarios, en donde exploren la incorporación de biomarcadores genéticos y metabólicos para optimizar el diagnóstico y las acciones de intervención individualizadas.

Los nuevos criterios, aunque han presentado una complejidad metodológica que requiere capacitación y acceso a recursos adicionales para la medición de parámetros antropométricos y evaluación clínica, ofrecen un marco más adecuado para la atención personalizada. Al integrar determinantes genéticos, epigenéticos y ambientales, permiten un diagnóstico terapéutico multidimensional que considera las particularidades biológicas y sociales del paciente (Wellington, 2025).

Por tanto, se debe favorecer y fomentar medidas preventivas, tratamientos adaptados a las necesidades individuales, así como la actualización de las guías clínicas para la adopción generalizada de estos criterios. Sin embargo, su éxito depende de la capacidad de los sistemas de salud para adaptarse a estas innovaciones mediante inversiones en capacitación, infraestructura y políticas orientadas a manejar la obesidad desde una perspectiva multidimensional y equitativa.

## CONCLUSIONES

La comprensión contemporánea de la obesidad ha evolucionado desde su consideración como un simple elemento de riesgo hacia su reconocimiento como una enfermedad crónica y multifactorial. Incluso, se ha caracterizado por efectos directos y perjudiciales del exceso de adiposidad sobre los órganos y sistemas del cuerpo.

De hecho, la distinción entre obesidad clínica y preclínica ha permitido identificar de manera más temprana a los individuos en riesgo, al promover intervenciones preventivas efectivas y un diagnóstico más preciso, al sustentarse en la evidencia científica.

Los criterios propuestos por The Lancet Diabetes & Endocrinology ha representado un avance al incorporar medidas complementarias como la circunferencia de la cintura, la relación cintura-altura y la evaluación de comorbilidades, al superar las limitaciones del Índice de Masa Corporal tradicional. Este modelo ha impulsado una visión amplia, personalizada del diagnóstico y el tratamiento, al reconocer la influencia de variables genéticas, epigenéticas y ambientales, así como la consideración de los aspectos psicológicos y sociales en la atención del paciente.

Se ha observado que la implementación de estos nuevos criterios exige ajustes en los sistemas de salud y la capacitación de los profesionales, donde sus beneficios potenciales justifican su adopción. Por tanto, la aplicación de estos criterios mejoraría la identificación de pacientes en riesgo, al optimizar la intervención terapéutica y reducir la carga global de la obesidad y sus complicaciones para contribuir a una mejor calidad de vida y a una disminución de los costos sanitarios. De ahí que estos resultados abren líneas de trabajo orientadas a perfeccionar los diagnósticos, implementar guías clínicas estandarizadas en el manejo de la obesidad, aplicables en distintos ambientes clínicos.

## REFERENCIAS

Blüher, M. (2025). An overview of obesity-related complications: The epidemiological evidence linking body weight and other markers of obesity to adverse health outcomes. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 27(S2), 3–19. <https://dom-pubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/dom.16263>

Carretero Gómez, J., Ena, J., Arévalo Lorido, J. C., Seguí Ripoll, J. M., Carrasco Sánchez, F. J., Gómez Huelgas, R., Pérez Soto, M. I., Delgado Lista, J., & Pérez Martínez, P. (2021). Obesity is a chronic disease. Positioning statement of the Diabetes, Obesity and Nutrition Workgroup of the Spanish Society of Internal Medicine (SEMI) for an approach centred on individuals with obesity. *Revista Clínica Española (English Edition)*, 221(9), 509–516. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2254887421000631>

Chong, K. S., Yang, C.-T., Chang, Y.-H., Kuo, S., Chen, J.-H., Lee, C.-J., Chang, E., Chou, C.-K., & Ou, H.-T. (2025). Obesity/overweight prevalence and economic burdens by bariatric surgery, metabolic syndrome, and related comorbidity in 2013–2019: A nationwide descriptive analysis. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 21(7), 719–730. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1550728925000097>

Eun Nam, G. (2025). Clinical and preclinical obesity: Cardiovascular implications of a new diagnostic paradigm. *Cardiovascular Prevention and Pharmacotherapy*, 7(2), 21–27. <https://synapse.koreamed.org/articles/1516090592>

Flegal, K. M. (2025). Redefining obesity—Too much is never enough. *JAMA Network Open*, 8(10), e2537637. <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2840142>

Gómez Ambrosi, J., Catalán, V., & Frühbeck, G. (2025). The evolution of the understanding of obesity over the last 100 years. *International Journal of Obesity*, 49(2), 168–176. <https://www.nature.com/articles/s41366-024-01668-3>

Hong, S., & Park, C. Y. (2025). From Old to New: A Comprehensive Review of Obesity Diagnostic Criteria and Their Implications. *Endocrinology and metabolism (Seoul, Korea)*, 40(4), 517–522. <https://doi.org/10.3803/EnM.2025.2590>

Lee, H., Rhee, T. M., Choi, J. M., Choi, S. Y., & Kim, D. W. (2025). The Close Link Between Obesity and Cardiovascular Disease: Current Insights and Remaining Challenges. *Endocrinology and metabolism clinics of North America*, 54(1), 175–192. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2024.10.005>

Loos, R. J. F., & Yeo, G. S. H. (2022). The genetics of obesity: from discovery to biology. *Nature reviews. Genetics*, 23(2), 120–133. <https://doi.org/10.1038/s41576-021-00414-z>

Przybyłowski, A., Górski, M., Gwio dzik, W., & Polaniak, R. (2025). Redefining obesity: A narrative review of diagnostic evolution, therapeutic strategies and psychosocial determinants. *Healthcare*, 13(16), 1–25. <https://www.mdpi.com/2227-9032/13/16/1967>

Rubino, F., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Cohen, R. V., Wilding, J. P. H., Brown, W. A., Stanford, F. C., Batterham, R. L., Farooqi, I. S., Farpour-Lambert, N. J., le Roux, C. W., Sattar, N., Baur, L. A., Morrison, K. M., Misra, A., Kadowaki, T., Tham, K. W., Sumithran, P., Garvey, W. T., Kirwan, J. P., ... Mingrone, G. (2025). Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *The lancet. Diabetes & endocrinology*, 13(3), 221–262. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(24\)00316-4](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(24)00316-4)

- Segrestin, B., & Cherifi, B. G. (2025). Obesity and its treatment: Toward new approaches. *Annales d'Endocrinologie*, 86(2), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.ando.2025.101712>
- Sibal, R., Balamurugan, G., Graham, Y., & Mahawar, K. (2025). Moving away from BMI: A new era of diagnostic criteria in obesity. *Expert Review of Endocrinology & Metabolism*, 20(5), 403–413. <https://doi.org/10.1080/17446651.2025.2537160>
- Sung, K., Lee, S. H., & Lim, S. (2025). Beyond body mass index: New criteria for a holistic approach to clinical obesity. *Diabetes & Metabolism Journal*, 49(2), 165–168. <https://doi.org/10.4093/dmj.2025.0097>
- Wellington Santana da Silva, J. (2025). Under new criteria for clinical obesity, is metabolic obesity with normal body weight finally a legitimate disease phenotype? *Diabetes Technology and Obesity Medicine*, 1(1), 62–70. <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/dtom.2025.0015>
- Xie, Y., Yu, C., Zhou, W., Zhu, L., Wang, T., Bao, H., & Cheng, X. (2024). Relationship between normal weight central obesity and arterial stiffness in Chinese adults with hypertension. *Nutrition, metabolism, and cardiovascular diseases : NMCD*, 34(2), 343–352. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2023.09.026>
- Yao, Z., Dardari, Z. A., Razavi, A. C., Silver, N., Jelwan, Y., Erhabor, J., Burka, S., & Blaha, M. J. (2025). Prevalence of clinical obesity versus BMI-defined obesity among US adults: a cohort study. *The lancet. Diabetes & endocrinology*, 13(8), 647–649. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(25\)00159-7](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(25)00159-7)
- Zahid, S., Peng, A. W., Razavi, A. C., Yao, Z., Blumenthal, R. S., & Blaha, M. J. (2025a). B is for body fat: a practical implementation of the new clinical obesity definition into preventive cardiology clinic. *American journal of preventive cardiology*, 23, 101281. <https://doi.org/10.1016/j.ajpc.2025.101281>
- Zahid, S., Peng, A. W., Razavi, A. C., Yao, Z., Blumenthal, R. S., & Blaha, M. J. (2025b). Center Stage: Putting Obesity Staging Systems Into the Spotlight. *Preventing chronic disease*, 22, E55. <https://doi.org/10.5888/pcd22.250222>
- Zhang, C., Tian, L., & Chu, H. (2023). Usage frequency and application variety of research methods in library and information science: Continuous investigation from 1991 to 2021. *Information Processing and Management*, 60(6), 4–8. <https://doi.org/10.1016/j.ipm.2023.103507>

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

#### Contribución de los autores:

Katherin Alejandra Hernández-Asanza, Merys Coromoto López-Márquez, Evelyn Alexandra Encalada-Bermeo: Concepción y diseño del estudio, adquisición de datos, análisis e interpretación, redacción del manuscrito, revisión crítica del contenido, análisis estadístico, supervisión general del estudio.

#### Conflictos de interés: