SOCIEDAD MEXICANA DE NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLOGÍA

MANUAL DE BOLSILLO DIGITAL

Algoritmos para el abordaje del manejo y tratamiento del sobrepeso / obesidad



Evaluación y diagnóstico

Tratamiento farmacológico

Seguimiento y metas terapéuticas

Derivación a segundo nivel o cirugía bariátrica

Realizado por el

Grupo de Trabajo de Obesidad

de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología

Coordinado por la

Dra. Leonor G Mireles Zavala

EVIDENCIA · GUÍAS CLÍNICAS · APLICACIÓN PRÁCTICA

MANUAL DE BOLSILLO DIGITAL

CON ALGORITMOS PARA EL MANEJO DEL SOBREPESO/ OBESIDAD

Herramientas prácticas basadas en Guías Mexicanas, PRONAM, AACE y Europeas

Mejor salud, mejor calidad de vida más allá del peso.

#	ICONO	TÍTULO DEL ALGORITMO	AUTOR
1		**Algoritmo de la primera consulta del paciente con sobrepeso u obesidad**	Gabriela Morales González
2		**Algoritmo para elegir el tratamiento farmacológico según comorbilidades**	Leonardo G Mancillas Adame
3		**Algoritmo de seguimiento y reganancia de peso**	Leonor G Mireles Zavala
4		**Algoritmo para derivación a segundo nivel o cirugía bariátrica**	Leonardo G Mancillas Adame

Evaluar · Tratar · Monitorear · Ajustar · Derivar

Juntos por una salud más real

¿Qué es la obesidad?

Primera consulta: diagnóstico y estratificación multidimensional

01 Caracterizar adiposidad y contexto clínico

IMC = kg/m²	Categoría antropométrica
25 a <30	Sobrepeso
30 a <35	Obesidad clase I
35 a <40	Obesidad clase II
≥40	Obesidad clase III

Evaluación inicial

- Trayectoria ponderal, fármacos, antecedentes, alimentación, actividad, sueño y determinantes sociales. Valorar salud mental, conducta alimentaria y capacidad funcional.
- Medir cintura y presión arterial. Evaluar glucemia/HbA1c, lípidos y TFGe; añadir cociente albúmina/creatinina urinaria en CKM ≥2. Estudios adicionales según sospecha clínica. [4]

La clase por IMC no es un estadio clínico.

Cortes generales para adultos; ajustar antropometría a sexo, edad y etnia. El IMC no cuantifica directamente la grasa. [1,5]

¿Qué es la obesidad?

02 The Lancet: modelo diagnóstico y mecanismos de enfermedad [1]

MODELO DIAGNÓSTICO · Adaptado de figura 5

¿EXCESO ADIPOSO CONFIRMADO?
Medición directa o IMC + criterio antropométrico validado. Con IMC >40 puede asumirse adiposidad de forma pragmática.

NO → **NO OBESIDAD**
Grasa no excesiva

SÍ → **¿REPERCUSIÓN POR ADIPOSIDAD?**
Disfunción orgánica o limitación sustancial de actividades diarias; excluir otras causas.

NO → **PRECLÍNICA**
Función conservada.
Vigilancia por riesgo.

SÍ → **CLÍNICA**
Enfermedad crónica.
Tratar oportunamente.

¿Qué es la obesidad?

MECANISMOS · Figura 3

Exceso / disfunción adiposa

→ Grasa ectópica y lipotoxicidad
Inflamación y señalización alterada
Carga mecánica y hemodinámica

→ **Disfunción de órganos/tejidos**
Signos, síntomas o limitación funcional

El exceso de grasa identifica el fenotipo; la repercusión funcional permite diagnosticar enfermedad clínica.

03 Graduar la gravedad: AACE y Edmonton (EOSS)

AACE 2025 · ABCD [2]

Enfermedad crónica basada en adiposidad; enfoque centrado en complicaciones.

1	Sin complicaciones relacionadas
2	Complicaciones leves/moderadas
3	Complicaciones graves

La numeración actual es 1-3; no confundir con los estadios 0-2 de versiones anteriores.

¿Qué es la obesidad?

EOSS · gravedad multidominio [3]

Estadio	Criterio dominante (resumen)
0	Sin riesgo, síntomas ni limitación aparentes
1	Riesgo subclínico o síntomas/limitación leves
2	Enfermedad establecida o limitación moderada
3	Daño de órgano o limitación marcada
4	Afectación grave, terminal o incapacitante

Integrar dominios médico, psicológico y funcional; asignar el estadio del dominio más afectado.

IMC ≠ AACE ≠ EOSS ≠ CKM: describen dimensiones distintas y no son intercambiables.

04 CKM: flujograma de asignación del estadio [4]

UN SISTEMA INTERCONECTADO

- La interacción metabólica, cardiovascular y renal requiere evaluación integrada.
- Evaluar de arriba hacia abajo. Asignar el primer estadio cuyos criterios se cumplan.
- El estadio puede cambiar con el tratamiento y el seguimiento.

¿Qué es la obesidad?

¿ECV clínica en contexto CKM?
Coronaria, IC, ictus, EAP o FA.

SÍ → **4 ECV CLÍNICA**

↓ NO

¿ECV subclínica o equivalente de riesgo?
ECV subclínica + factores CKM; ERC de muy alto riesgo o PREVENT-CVD ≥20% a 10 años.

SÍ → **3 ECV SUBCLÍNICA Y RIESGO**

↓ NO

¿Factores metabólicos o ERC?
HTA, TG elevados, síndrome metabólico, DM2 o ERC de riesgo moderado/alto.

SÍ → **2 METABÓLICO / RENAL**

↓ NO

¿Exceso o disfunción adiposa?
Sobrepeso/obesidad, adiposidad abdominal o prediabetes, sin otros factores ni ERC.

SÍ → **1 ADIPOSIDAD**

↓ NO

0 · SIN FACTORES CKM: sin adiposidad/riesgo metabólico, ERC ni ECV.

Registrar: IMC + cintura | categoría Lancet | gravedad AACE/EOSS | CKM → plan individualizado

Estadio 4: 4a sin fallo renal; 4b TFGe <15 mL/min/1.73 m² o terapia renal sustitutiva crónica.
Esquemas adaptados de criterios publicados; diagramas, tablas y texto editables. Ilustración anatómica reemplazable.
[1] Rubino et al., Lancet Diabetes Endocrinol 2025 (figuras 3 y 5). [2] AACE 2025. [3] Sharma & Kushner 2009. [4] AHA/ACC/ADA/ASN 2026 (tabla 4). [5] CDC, IMC adultos. Referencias completas y criterios ampliados en notas.

¿Qué es realmente la obesidad?

Es el exceso de grasa corporal, cuya cantidad, distribución y funcionamiento pueden afectar tu salud.

La mirada de The Lancet: Grasa y función

OBESIDAD PRECLÍNICA

Exceso de grasa, con órganos funcionales y capacidad para la vida diaria conservada. El riesgo futuro puede estar aumentado. Requiere prevención y seguimiento.

OBESIDAD CLÍNICA

El exceso de grasa ya altera órganos o limita de forma importante la vida diaria. Es una enfermedad crónica. Necesita tratamiento oportuno.

¿Cómo ayuda el IMC?

Índice de masa corporal = peso (kg) ÷ estatura $(m)^2$

IMC (kg/m^2)	Clasificación
25-29.9	Sobrepeso
30-34.9	Obesidad clase I
35-39.9	Obesidad clase II
≥40	Obesidad clase III

¿Qué es realmente la obesidad?

El IMC orienta.

- No mide grasa corporal ni distingue músculo.
- Añade cintura y valoración clínica. Puede medirse la grasa.
- Cortes generales para adultos. La clase por IMC no determina por sí sola el daño a la salud.

¿Cómo sabemos cuánto afecta mi salud?

AACE: enfermedad crónica

Basada en la adiposidad (ABCD).
La atención se guía por complicaciones.
1 Sin complicaciones relacionadas
2 Complicaciones leves o moderadas
3 Complicaciones graves

EOSS: escala de Edmonton

Evalúa salud física, mental y funcional.
0 Sin alteraciones aparentes
1 Riesgos o síntomas leves
2 Enfermedad o limitación moderada
3 Daño orgánico o limitación marcada
4 Afectación grave o incapacitante

Estas escalas y los criterios de The Lancet son complementarios, pero no equivalentes.

¿Qué es realmente la obesidad?

CKM: una salud conectada

- Cardiovascular, renal y metabólica
- La obesidad, la diabetes, la presión alta y la enfermedad renal pueden potenciarse entre sí. Por eso revisamos glucosa, presión, lípidos y función renal, además del peso.

¿Qué puedo hacer y qué ofrece mi médico?

- 1 Solicita una evaluación de cintura, síntomas y salud metabólica.
- 2 Acordemos metas para mejorar tu salud, movilidad y bienestar.
- 3 Alimentación, actividad y, cuando se indiquen, medicamentos o cirugía.

Mitos y realidades

“El IMC lo dice todo”

La evaluación incluye grasa, órganos y función diaria.

“Sin síntomas no hay riesgo”

Puede haber riesgo o cambios silenciosos. Revisarte ayuda.

“Es falta de voluntad”

Influyen la biología y el entorno. Mereces atención sin juicios.

La meta es ganar salud. Tu tratamiento debe ser personalizado.

Fuentes: Comisión The Lancet (2025), AACE (2025), EOSS (Sharma y Kushner), CDC (IMC) y AHA (CKM). Referencias completas y matices en las notas.

Tratamiento farmacológico de la obesidad según comorbilidades

¿Qué medicamento puede ser el más adecuado para mi paciente?
Objetivo: Seleccionar el tratamiento farmacológico adecuado, priorizando por comorbilidades y perfil de seguridad.

1 Selección por comorbilidad

Comorbilidad	1ª línea	2ª línea	Evitar
DM2 / Prediabetes	Semaglutida 2.4 mg o Tirzepatida	Liraglutida 3.0	-
ASCVD / Alto CV	Semaglutida (SELECT)	Liraglutida (LEADER)	Fentermina
MASLD / MASH	Tirzepatida o Semaglutida	Liraglutida	-
SAHOS	Tirzepatida (SURMOUNT-OSA)	Semaglutida	-
Osteoartritis	Semaglutida (STEP-OA)	Tirzepatida	-
Depresión / Atracón	Naltrexona/Bupropión	Semaglutida o Tirzepatida	Epilepsia/opioides
HTA no controlada	Semaglutida o Tirzepatida	-	Nalt/Bup; Fentermina
ERC estadios 1-3	Semaglutida (FLOW)	Tirzepatida	Ajustar por TFG
Sin comorbilidad	Semaglutida o Tirzepatida	Fentermina/Topiramato (corto plazo)	-

Tratamiento farmacológico de la obesidad según comorbilidades

2 Dosis y escalación

Fármaco	Inicio	Mantenimiento	Escalación
Semaglutida SC	0.25 mg/sem x 4 sem	2.4 mg/sem	↑ c/4 sem
Tirzepatida SC	2.5 mg/sem x 4 sem	5-15 mg/sem	↑ c/4 sem
Liraglutida SC	0.6 mg/día x 1 sem	3.0 mg/día	↑ c/sem
Naltrexona/Bupropión VO	8/90 mg/día	32/360 mg/día	↑ c/sem

3 Metas terapéuticas y seguimiento

Metas terapéuticas

Parámetro	Meta
Pérdida de peso	≥ 5% a 16 sem; ideal ≥ 10% a 6-12 m
HbA1c (DM2)	< 7% (individualizar)
PA	< 130/80 mmHg
Perfil lipídico	LDL según riesgo; TG < 150

Seguimiento

Frecuencia	Evaluación
Mensual (0-3 m)	Tolerancia, EA GI, peso, cintura, PA
Trimestral (3-12 m)	Labs, adherencia
Semestral (>12 m)	Comorbilidades, calidad de vida

Tratamiento farmacológico de la obesidad según comorbilidades

4 ¿Cuándo intensificar o cambiar?

- < 5% a 16 sem con dosis máxima → cambiar fármaco o combinar.
- Comorbilidades graves no controladas → 2° nivel o cirugía.
- Efectos adversos intolerables.
- IMC ≥ 40 o ≥ 35 + comorbilidades → valoración quirúrgica.

5 ¿Cuándo referir?

- Endocrinología: comorbilidades complejas, falla ≥ 2 fármacos.
- Psicología: atracón, depresión grave.
- Cirugía bariátrica: ver algoritmo de derivación.
- Nutrición: todos los pacientes.

Perla clínica: Elige el fármaco por la comorbilidad, no solo por el peso. Semaglutida y tirzepatida son las más versátiles.

El tratamiento exitoso es multimodal: fármaco + alimentación + actividad física + apoyo psicológico + seguimiento.

Un mismo objetivo, mayor impacto.

Mejores decisiones clínicas para una salud metabólica integral.

Evidencia + Guías clínicas + Aplicación práctica.

ALGORITMO DE SEGUIMIENTO Y REGANANCIA DE PESO

EN PACIENTES CON SOBREPESO U OBESIDAD

1 EVALUAR EN CADA VISITA (3-6 meses)

- Peso, IMC y circunferencia de cintura
- Adherencia (dieta, actividad física, fármacos)
- Efectos adversos
- Comorbilidades y calidad de vida

2 CLASIFICAR LA RESPUESTA

Comparar con peso basal

RESPUESTA ADECUADA

Pérdida de peso **≥ 5%** (meta inicial 5-15%)

RESPUESTA INSUFICIENTE

Pérdida de peso **< 5%** a los 3-6 meses

ESTANCAMIENTO

Pérdida de peso inicial **≥ 5%** sin cambio en ≥ 3 meses

REGANANCIA DE PESO

Aumento **≥ 5%** del peso perdido (o ≥ 3% del peso basal)

3 MANEJO PRINCIPAL

- Continuar plan actual.
- Reforzar hábitos.
- Seguimiento cada 3-6 meses.

- Revisar adherencia.
- Optimizar estilo de vida.
- Ajustar dosis o cambiar tratamiento (según comorbilidades).

- Intensificar intervención en estilo de vida.
- Ajustar o cambiar farmacoterapia (considerar combinación).

- Identificar y corregir causas (adherencia, factores emocionales, fármacos, condiciones médicas).
- Reiniciar o intensificar tratamiento (según comorbilidades).
- Seguimiento más cercano (cada 4-12 semanas).

4 SI PERSISTE FALTA DE RESPUESTA O REGANANCIA

Considerar combinación farmacológica (según comorbilidades y guías).

Evaluar causas secundarias de aumento de peso.

Abordar salud mental y trastornos de la conducta alimentaria si se sospechan.

Referir a segundo nivel (endocrinología, nutrición, medicina del sueño, psicología o cirugía bariátrica) si: IMC ≥ 35, comorbilidades de difícil control, o reganancia persistente.

5 OBJETIVO A LARGO PLAZO

Mantener la pérdida de peso

Prevenir reganancia

Mejorar comorbilidades y calidad de vida

Basado en: Guías Mexicanas de Obesidad | PRONAM | AACE | Guías Europeas (EASO)

Derivación a segundo nivel o cirugía bariátrica

¿Cuándo se necesita y qué sigue en el proceso?

1 Criterios de indicación (ASMBS/IFSO 2022)

La cirugía bariátrica se recomienda en personas con sobrepeso u obesidad cuando se cumplen los siguientes criterios:

Categoría	IMC (kg/m²)	Con o sin comorbilidades
Obesidad grado I	30-34.9	Con comorbilidades
Obesidad grado II	35-39.9	Con o sin comorbilidades
Obesidad grado III	≥ 40	Con o sin comorbilidades

Ejemplos de comorbilidades

- Diabetes tipo 2
- Hipertensión arterial
- Apnea del sueño
- Hígado graso (MASLD/MASH)
- Dislipidemia
- Osteoartritis
- Enfermedad cardiovascular
- Entre otras

2 Objetivos de la cirugía bariátrica

- Pérdida de 25-35% del peso total.
- Remisión de la diabetes tipo 2 (hasta 60-80%).

Derivación a segundo nivel o cirugía bariátrica

2 Objetivos de la cirugía bariátrica

- Mejora de comorbilidades (HTA, dislipidemia, apnea del sueño, hígado graso, osteoartritis).
- Mejor calidad de vida y disminución del riesgo cardiovascular.

3 Flujograma de decisión

¿Cuándo debo referir a segundo nivel (cirugía bariátrica)?

Paciente con sobrepeso u obesidad (IMC ≥ 27)

↓

Evaluar IMC y comorbilidades

↓

- **IMC 30-34.9 con comorbilidades** →
- **IMC 35-39.9 con o sin comorbilidades** →
- **IMC ≥ 40 con o sin comorbilidades** →

REFERIR A SEGUNDO NIVEL
PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Derivación a segundo nivel o cirugía bariátrica

⚠ Consideraciones importantes

- La cirugía bariátrica es una herramienta efectiva y segura, pero requiere evaluación individual.
- No es solo una cirugía, es un tratamiento integral y de largo plazo.
- Considerar contraindicación relativa en trastornos psiquiátricos no controlados, dependencias activas o condiciones médicas de alto riesgo.

4 Evaluación por equipo multidisciplinario

Se realiza una evaluación completa para confirmar que el paciente es un buen candidato:

- **Valoración médica**
- **Valoración nutricional**
- **Valoración psicológica**
- **Estudios preoperatorios**

5 Seguimiento

- Seguimiento nutricional, médico y psicológico.
- Vigilancia de peso, comorbilidades y hábitos de vida.
- Suplementación de vitaminas y minerales de por vida.
- Valoración continua por equipo multidisciplinario.

6 Metas posquirúrgicas

- Pérdida de 25-35% del peso total.
- Remisión o mejor control de comorbilidades.
- Mejora de la capacidad física y calidad de vida.
- Suplementación de vitaminas y minerales de por vida.