



MANUAL DE BOLSILLO DIGITAL

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



Realizado por el
Grupo de Trabajo de Obesidad
de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología

Coordinado por la
Dra. Leonor G Mireles Zavala



Evaluación
y diagnóstico



Tratamiento
farmacológico



Seguimiento
y metas terapéuticas



Derivación a
segundo nivel
o cirugía bariátrica

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

Juntos por una salud más real

#	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

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

Evaluar • Tratar • Monitorear • Ajustar • Derivar



ALGORITMO DE LA PRIMERA CONSULTA DEL PACIENTE CON SOBREPESO U OBESIDAD

¿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

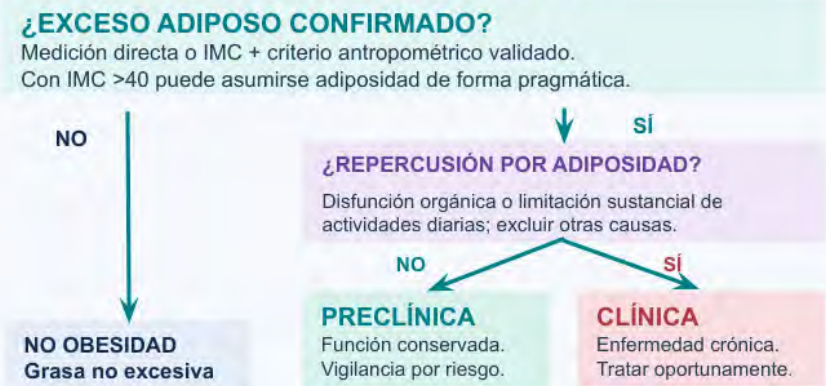
La clase por IMC no es un estadio clínico.

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

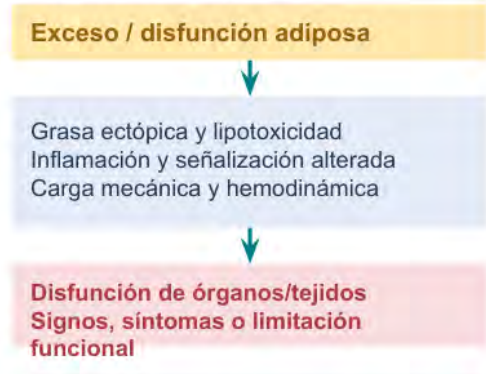
Evaluación inicial
Trayectoria ponderal, fármacos, antecedentes, alimentación, actividad, sueño y determinantes sociales. Valorar salud mental, conducta alimentaria y capacidad funcional.
Medir cintura y presión arterial. Evaluar glucemia/HbA1c, lípidos y TFGe; añadir cociente albúmina/creatinina urinaria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

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

MODELO DIAGNÓSTICO • Adaptado de figura 5



MECANISMOS • Figura 3



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

EOSS • gravedad multidominio [3]

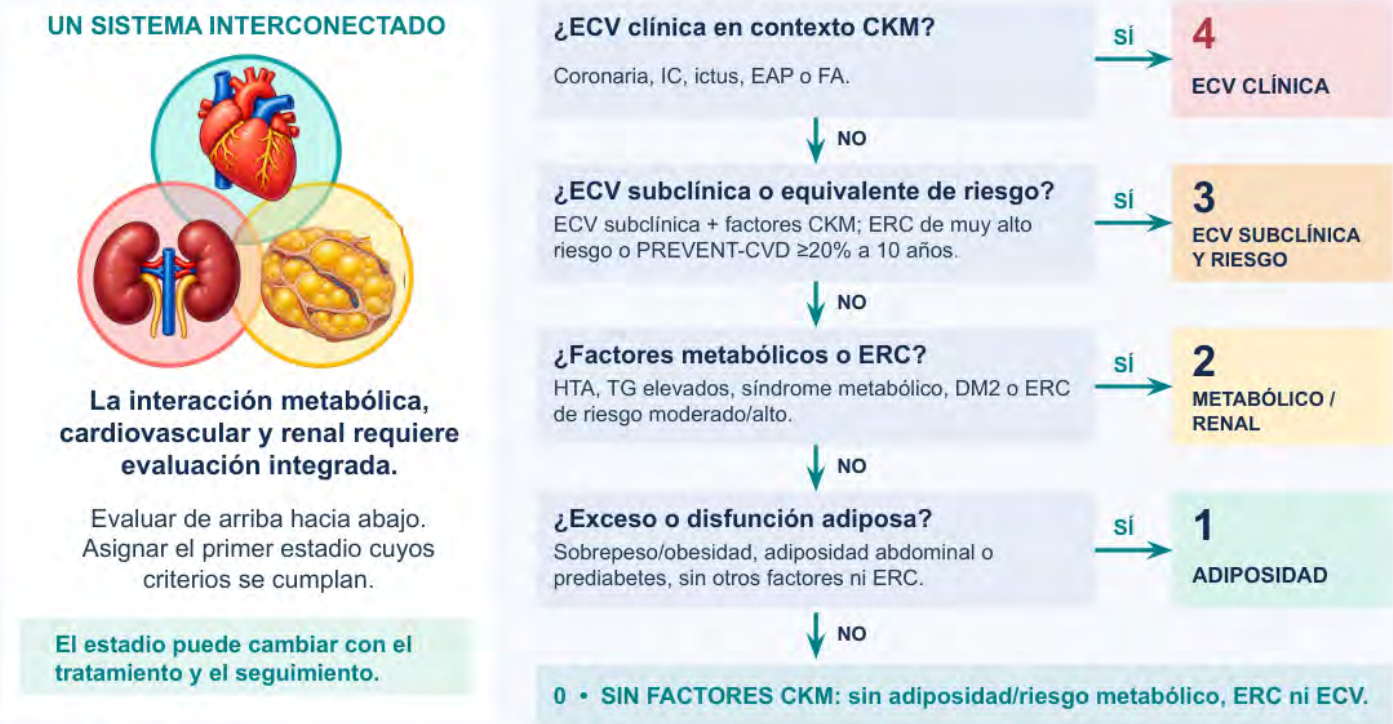
Estadio	Criterio dominante (resumen)
0	Sin riesgo, síntomas ni limitación aparentes
1	Riesgo subclínico o síntomas/limitación leves
2	Enfermedad establecida o limitación moderada
3	Daño de órgano o limitación marcada
4	Afectación grave, terminal o incapacitante

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

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]



Estadio 4: 4a sin fallo renal; 4b TFGe <15 mL/min/1.73 m² o terapia renal sustitutiva crónica.

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

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.

TEMA 1 - CONOCE, ENTIENDE Y CUIDA TU SALUD

¿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

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.

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) y Tirzepatida	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)	—

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



4 ¿Cuándo intensificar o cambiar?



- < 5% a 16 sem con dosis máxima → cambiar fármaco o combinar.
- Comorbilidades graves no controladas → 2º 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





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%).
- ⚙ 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)?



- 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.