Documento Inter Societario para el abordaje de la obesidad y del síndrome cardio-vásculo-reno-hepato-metabólico (SCVRHM)

Sociedad Argentina de Diabetes

Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo

Sociedad Argentina de Hepatología

Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial

Sociedad Argentina de Lípidos

Sociedad Argentina de Medicina

Sociedad Argentina de Medicina de Estilo de Vida

Sociedad Argentina de Nefrología

Sociedad Argentina de Nutrición

Coordinación del Documento: Dra. Silvina Santoro y Dr. Felipe Inserra

1. Objetivos

El objetivo de este documento es brindar al equipo de Salud de la Atención Primaria una guía breve y práctica para identificar a pacientes con obesidad y síndrome **SCVRHM**, evaluar posibles comorbilidades asociadas, implementar intervenciones centradas en el estilo de vida y en la farmacoterapia, así como establecer criterios de derivación a equipos especializados.

2. Alcance

Dirigido a médicos de familia, generalistas, clínicos o que presten atención primaria, médicos residentes, personal de enfermería y licenciados en nutrición.

3. Fundamento

La obesidad afecta a un porcentaje muy significativo de la población mundial y se estima que, en Argentina, entre 6 y 7 de cada 10 personas viven con sobrepeso u obesidad. Son más de 200 las comorbilidades asociadas, entre ellas la diabetes tipo 2, la hipertensión, la dislipemia, los eventos cardiovasculares y cerebrovasculares, la apnea del sueño, la enfermedad renal, ciertos tipos de cáncer, los trastornos psiquiátricos y neurológicos y las lesiones musculoesqueléticas.

Existe un continuo desde la obesidad hasta el SCVRHM, por lo que es de suma importancia la identificación temprana y el abordaje oportuno, ya que en ello se basa la prevención de las comorbilidades y la mejora de la calidad y la expectativa de vida de los pacientes (1).

4. Definición de obesidad como enfermedad crónica

La obesidad reúne criterios de enfermedad:

1. *Fisiopatología* caracterizada por disfunción del tejido adiposo, inflamación crónica y alteración de las hormonas reguladoras de la saciedad y del gasto energético.
2. *Signos y síntomas específicos*: desde alteraciones mecánicas, como la incontinencia urinaria y la artropatía, hasta alteraciones cardiometabólicas y aquellas con impacto psicosocial.
3. *Comorbilidades:* son más de 250 las enfermedades asociadas (2).

La obesidad es crónica, de lenta evolución, recidivante y estigmatizante y afecta la calidad de vida de las personas. Su abordaje requiere un manejo continuo y un enfoque integral que permita el acceso al tratamiento. Es imprescindible comprender la obesidad como enfermedad para combatir el estigma en su atención por parte de los profesionales de la salud (3).

5. Criterios diagnósticos

La evaluación inicial requiere una historia clínica que incluya antecedentes familiares, hábitos alimentarios, de actividad física y de descanso, consumo de tabaco y alcohol, problemas de salud mental y experiencias adversas en la infancia. Indagar sobre antecedentes familiares, factores de riesgo, ronquidos y fatiga. También, recabar información sobre el consumo de fármacos con impacto metabólico (psicofármacos, antirretrovirales, etc.) (4,5).

Examen físico: peso, altura, perímetro de la cintura, perímetro del cuello, presión arterial y frecuencia cardíaca.

Tabla 1. Clasificación según IMC

IMC (kg/m²)	Categoría	Riesgo cardiometabólico
<18,5	Bajo peso	Bajo
18,5-24,9	Normal	Bajo*
25-29,9	Sobrepeso	Moderado
30-34,9	Obesidad grado I	Alto
35-39,9	Obesidad grado II	Muy alto
≥40	Obesidad grado III	Extremadamente alto

* El IMC puede subestimar el riesgo cardiometabólico en sujetos con adiposidad visceral y peso supuestamente normal. El IMC no es suficiente para el diagnóstico, por lo que debe complementarse con la evaluación de la composición corporal, considerando el perímetro de cintura y el índice cintura/talla (ICT) en la atención primaria. Los valores de referencia de estos son:

1. *Contorno o perímetro de la cintura:* riesgo cardiometabólico aumentado en hombres >102 cm y en mujeres >88 cm.
2. *ICT mayor a 0,5 aumenta el riesgo de SCVRHM* (6).

6. Comorbilidades cardio-vásculo-reno-hepato-metabólicas: criterios de screening oportuno y de derivación al especialista

La estadificación simplificada del SCVRHM especifica las siguientes categorías (7,8):

0. Individuos sin obesidad ni parámetros de enfermedad SCVRHM.

1. Exceso de tejido adiposo: IMC mayor a 25 kg/m² y alteración del perímetro de la cintura o del ICT, con o sin prediabetes.

2. Factores de riesgo metabólico: HTA, dislipemia, diabetes, riesgo bajo a moderado de ERC (ver figura 2), esteatosis hepática metabólica (MASLD) con F0 o 1 (ver figura 3).

3. Enfermedad ateromatosa subclínica, score de riesgo cardiovascular muy alto, riesgo alto o muy alto de ERC (ver figura 2), MASLD F2-F3 (ver figura 3).

4. Enfermedad ateromatosa, renal o hepática (F4) en etapa clínica avanzada.

En función de los resultados, se sugiere derivar al médico especialista en caso de presentar:

- **Cardiólogo:** fundamentalmente a partir del estadio 3 del SCVRHM.
- **Nefrólogo:** cuando haya:
  - una Tasa de Filtrado Glomerular estimada (TFGe) >60 ml/min/1,73 m², pero la Relación Albúmina/Creatinina urinaria (RACu) ≥300 mg/g de creatinina;
  - una TFGe <60 ml/min/1,73 m², especialmente si es menor de 50 años;
  - ante la presencia de HTA de difícil control, falla cardíaca o declinación rápida de la función renal (>2 ml/min/1,73 m² por año o desde el último control).
- **Hepatólogo:** pacientes con riesgo indeterminado/alto de fibrosis avanzada en la evaluación mediante tests no invasivos (escores clínico-bioquímicos como FIB-4 o elastografía), y/o con transaminasas elevadas sin diagnóstico, y/o ante discordancia entre tests no invasivos, y/o ante la sospecha clínica, bioquímica o por imágenes de cirrosis hepática.
- **Endocrinólogo:** comorbilidad específica, por ejemplo, hipotiroidismo severo, sospecha de síndrome de Cushing.
- **Médico especializado en obesidad, nutrición o medicina del estilo de vida:** cuando se requiera un abordaje integral del paciente.
- **Diabetólogo:** pacientes con prediabetes.

7. Intervenciones del estilo de vida

El abordaje del estilo de vida constituye un pilar del tratamiento de la obesidad y del SCVRHM. Debe realizarse con un enfoque positivo, centrado en la promoción de conductas saludables y en el acompañamiento sostenido, evitando intervenciones restrictivas que suelen resultar ineficaces y pueden aumentar la frustración o el estigma.

Ante el diagnóstico de sobrepeso u obesidad, se recomienda derivar al paciente a un licenciado en nutrición para elaborar un plan alimentario individualizado. En la consulta inicial, pueden ofrecerse orientaciones generales que promuevan una alimentación variada, basada en alimentos frescos y mínimamente procesados, con ingesta fraccionada a lo largo del día, la incorporación de frutas y verduras, legumbres, cereales integrales, semillas y frutos secos, y una selección consciente de fuentes proteicas y de grasas saludables, respetando las preferencias culturales y personales del paciente.

La actividad física debe promoverse de manera progresiva y adaptada a las posibilidades de cada persona, priorizando la reducción del sedentarismo y el aumento gradual del movimiento cotidiano. Se sugiere, cuando sea posible, alcanzar al menos 150 minutos semanales de actividad física, combinando ejercicios aeróbicos con dos o tres sesiones semanales de fortalecimiento muscular, además de incorporar prácticas de flexibilidad y estiramiento. Se enfatiza que cada movimiento cuenta y que cualquier aumento de la actividad respecto de la situación basal representa un beneficio para la salud.

Otorgar asesoría sobre el impacto del estrés y de la cantidad y calidad del sueño en la salud, promoviendo la incorporación de prácticas de relajación, respiración consciente, meditación o técnicas de mindfulness como parte del cuidado integral. Para la mayoría de las personas adultas, se recomienda asegurar al menos 7 horas de sueño nocturno de buena calidad, debido a su papel en la regulación metabólica, emocional y hormonal (4).

8. Criterios de tratamiento farmacológico y quirúrgico

Actualmente, el criterio de inicio de farmacoterapia es: IMC ≥ 27 kg/m² con comorbilidades, o IMC ≥ 30 kg/m² con o sin comorbilidades.

Según el Consenso Intersocietario para el tratamiento de la obesidad en adultos en Argentina (8):

• La Cirugía Bariátrica Metabólica (CBM) se recomienda para:

- Personas con un IMC de 35 kg/m², independientemente de la presencia, ausencia o severidad de las comorbilidades.
- **Individuos** con diabetes tipo 2 e IMC de 30 kg/m² en quienes no se alcancen los objetivos de control metabólico.

• La CBM también puede proporcionar beneficios terapéuticos en pacientes con un IMC entre 30 y 34,9 kg/m² que son refractarios a los intentos no quirúrgicos de pérdida de peso.

• No existe un límite máximo de edad para la CBM. En adultos mayores, se sugiere individualizar la recomendación en función de la presencia de enfermedades

asociadas a la obesidad, su gravedad y el estado de salud. Los pacientes deben haber realizado tratamientos previos no quirúrgicos, tener conciencia y compromiso con el tratamiento, tanto en sus fases prequirúrgicas como en el seguimiento multidisciplinario a largo plazo.

9. Fármacos con beneficios cardiometabólicos basados en la evidencia

Tabla 2. Fármacos con beneficios cardiometabólicos basados en la evidencia

Situación clínica	Fármaco(s) con mayor respaldo de evidencia
Enfermedad aterosclerótica establecida	Semaglutida; liraglutida
Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada	Semaglutida o tirzepatida; liraglutida
Mejoría del control glucémico	Semaglutida o tirzepatida; liraglutida
Resolución de MASH	Semaglutida o tirzepatida
Mejoría de MASH con fibrosis	Semaglutida; tirzepatida
Remisión o mejoría de la severidad del SAOS	Tirzepatida + CPAP; liraglutida sin CPAP
Intención de cesación tabáquica	Naltrexona/bupropión

Abreviaturas: *MASH: esteatohepatitis asociada a disfunción metabólica; SAOS: síndrome de apnea obstructiva del sueño; CPAP: presión positiva continua en la vía aérea. (9-11). Confeccionado con la evidencia a julio de 2026.*

Figura 1. Algoritmo diagnóstico/terapéutico. *Adaptado de la referencia 12.*

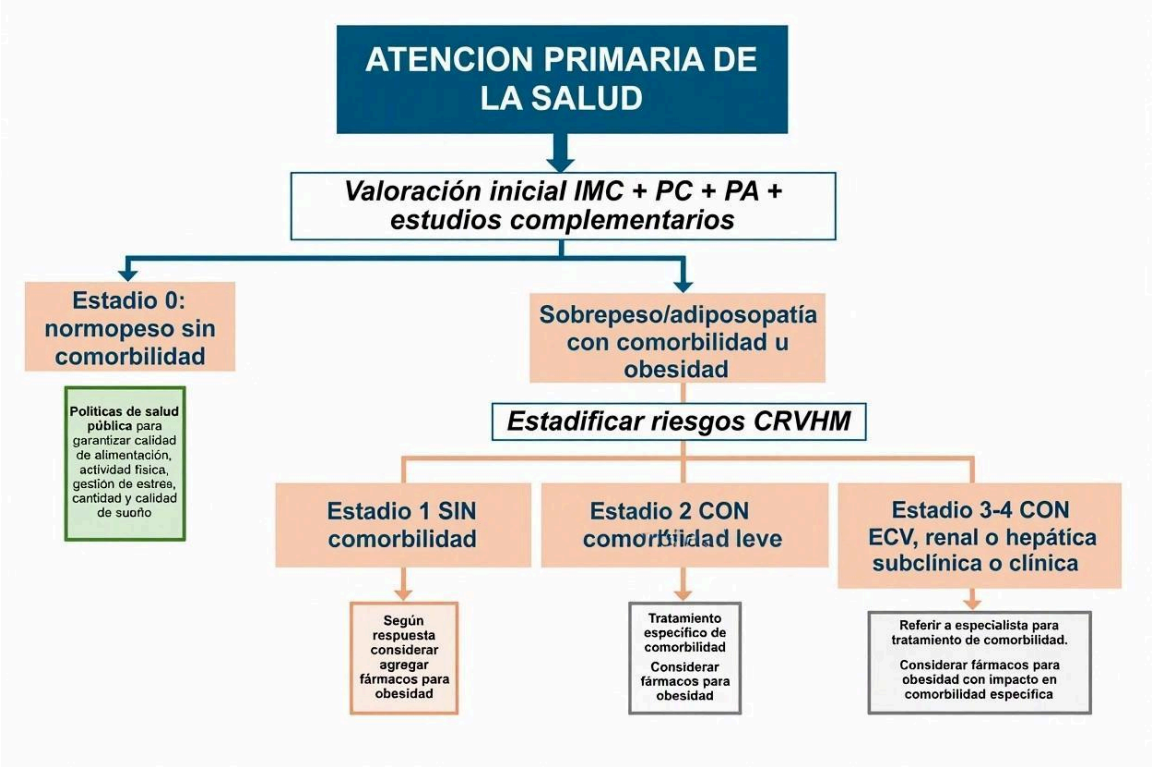
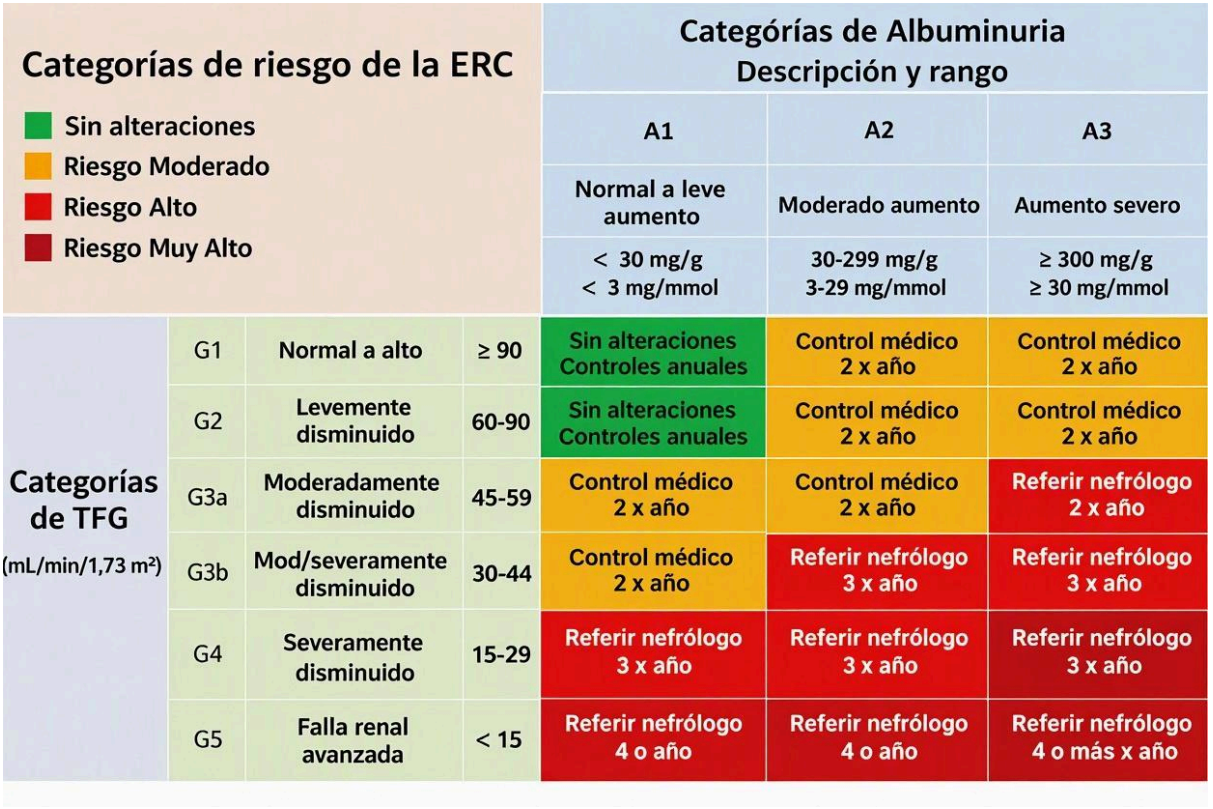


Figura 2. *Adaptado de la referencia 13.*



Categorías de riesgo de la ERC				Categorías de Albuminuria Descripción y rango		
Sin alteraciones Riesgo Moderado Riesgo Alto Riesgo Muy Alto				A1	A2	A3
				Normal a leve aumento	Moderado aumento	Aumento severo
				< 30 mg/g < 3 mg/mmol	30-299 mg/g 3-29 mg/mmol	≥ 300 mg/g ≥ 30 mg/mmol
Categorías de TFG (mL/min/1,73 m²)	G1	Normal a alto	≥ 90	Sin alteraciones Controles anuales	Control médico 2 x año	Control médico 2 x año
	G2	Levemente disminuido	60-90	Sin alteraciones Controles anuales	Control médico 2 x año	Control médico 2 x año
	G3a	Moderadamente disminuido	45-59	Control médico 2 x año	Control médico 2 x año	Referir nefrólogo 2 x año
	G3b	Mod/severamente disminuido	30-44	Control médico 2 x año	Referir nefrólogo 3 x año	Referir nefrólogo 3 x año
	G4	Severamente disminuido	15-29	Referir nefrólogo 3 x año	Referir nefrólogo 3 x año	Referir nefrólogo 3 x año
	G5	Falla renal avanzada	< 15	Referir nefrólogo 4 o año	Referir nefrólogo 4 o año	Referir nefrólogo 4 o más x año

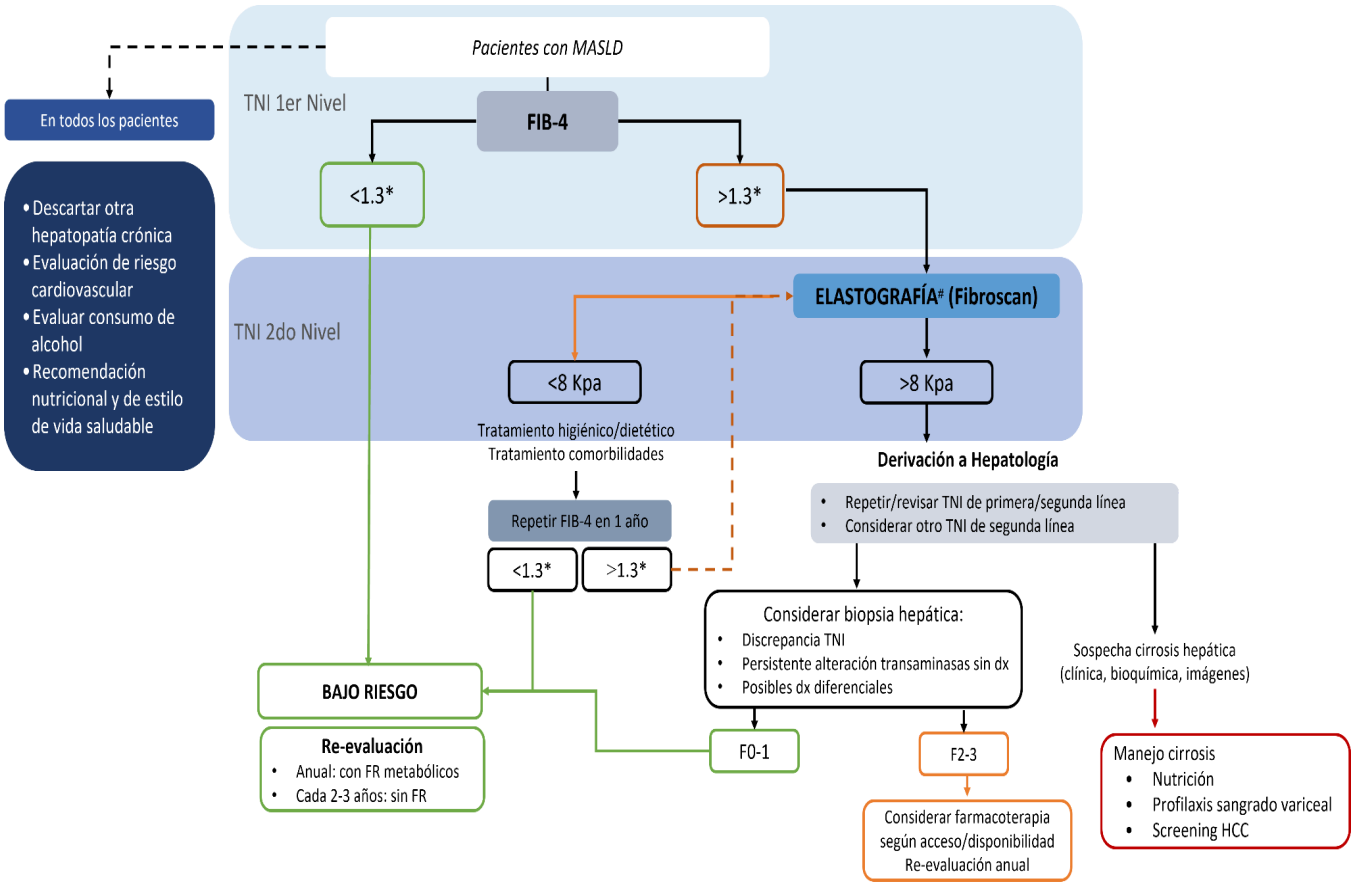
Los controles de creatinina (TFGe) y de la relación albúmina/creatinina (RACu) deben realizarse en todos los pacientes ambulatorios que acudan a consulta, independientemente del motivo de consulta. Por primera vez, si no tiene antecedentes, y con el seguimiento de ambos parámetros según la frecuencia sugerida en el cuadro, salvo otra indicación del profesional.

Los recuadros de color representan los niveles de riesgo de progresión de la ERC, según la TFG estimada y la albuminuria.

- El riesgo de progresión de la ERC y de morbimortalidad, principalmente cardiovascular, depende del nivel de la TFG estimada y de la albuminuria.
- El color verde indica la ausencia de alteraciones en la TFG estimada y en la albuminuria (excepcionalmente, pueden alterarse otros marcadores, como las ecografías o las biopsias renales).
- Los números en los cuadros indican la frecuencia de visitas con su médico tratante en la atención primaria (recuadros verdes y ocres) o de consultas especializadas con el nefrólogo (cuando el riesgo se encuentra en cualquiera de los recuadros rojos).
- En los pacientes en categorías G1 y G2, y en A3 con pérdida de albúmina, se sugiere repetir el estudio en un plazo de 3 meses y, si la pérdida continúa en el mismo rango o aumenta, consultar a un nefrólogo.

- En pacientes con albúmina en las categorías G3a, G3b o A1, si presentan una caída de la TFGe >4 ml/min/1,73 m² por año, se sugiere consultar al nefrólogo.

Figura 3. Algoritmo de evaluación de riesgo ante la detección de esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD). *Adaptado de la referencia 14*



La evaluación de riesgo de fibrosis debe realizarse en todos los pacientes con esteatosis hepática detectada incidentalmente o en pacientes de alto riesgo, definidos como: diabetes mellitus tipo 2 (en particular en mayores de 50 años), o pacientes con obesidad y uno o más factores de riesgo cardiometabólicos:

a) glucemia alterada: glucosa en ayunas ≥ 100 mg/dL o HbA1c ≥ 5,7% o glucemia >140 mg/dL a las 2 horas de una prueba de tolerancia a la glucosa o tratamiento para la resistencia a la insulina;
b) triglicéridos plasmáticos ≥ 150 mg/dL;
c) HDL <40 mg/dL en hombres o <50 mg/dL en mujeres (o tratamiento hipolipemiante);
d) hipertensión arterial o tratamiento antihipertensivo.
e) familiares de primer grado con diagnóstico de cirrosis.
f) MASLD y consumo de alcohol (MetALD).

Dado que la frecuencia de reevaluación depende de los resultados de la evaluación inicial del riesgo y de los factores de riesgo basales del paciente, se sugiere una reevaluación anual para el subgrupo mencionado anteriormente. (15)

Bibliografía

1. Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, Cohen RV, Wilding JPH, Brown WA, Stanford FC, Batterham RL, Farooqi IS, Farpour-Lambert NJ, le Roux CW, Sattar N, Baur LA, Morrison KM, Misra A, Kadowaki T, Tham KW, Sumithran P, Garvey WT, Kirwan JP, Fernández-Real JM, Corkey BE, Toplak H, Kokkinos A, Kushner RF, Branca F, Valabhji J, Blüher M, Bornstein SR, Grill HJ, Ravussin E, Gregg E, Al Busaidi NB, Alfaris NF, Al Ozairi E, Carlsson LMS, Clément K, Després JP, Dixon JB, Galea G, Kaplan LM, Laferrère B, Laville M, Lim S, Luna Fuentes JR, Mooney VM, Nadglowski J Jr, Urudinachi A, Olszanecka-Glinianowicz M, Pan A, Pattou F, Schauer PR, Tschöp MH, van der Merwe MT, Vettor R, Mingrone G. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. Lancet Diabetes Endocrinol. 2025;13(3):221-262. doi:10.1016/S2213-8587(24)00316-4.
2. American Medical Association. Recognition of obesity as a disease. Resolution 420 (A-13). In: Proceedings of the 2013 Annual Meeting of the House of Delegates; June 15-19, 2013; Chicago, IL.
3. Sociedad Argentina de Nutrición. La obesidad es una enfermedad: Documento Intersocietario. Actualización en Nutrición. 2022;23(1):103-110. Disponible en: https://revistasan.org.ar/index.php/revistasan/article/view/132
4. Apovian CM, Aronne L, Barenbaum SR. Clinical Management of Obesity. 3rd ed. Boca Raton, FL: CRC Press; 2025.
5. Cappelletti AM, Valenzuela Montero A, Cercato C, et al. Consensus on pharmacological treatment of obesity in Latin America. Obes Rev. 2024;25(4):e13683. doi:10.1111/obr.13683.
6. Mendes TB, Generoso G, Fabiano RC, Halpern B, Janovsky CCPS, Romero CM, Santos RD, Bensenor I, Lotufo PA, Bittencourt MS. Lancet Reg Health Am. 2025;52:101281.
7. Ndumele CE, Rangaswami J, Chow SL, Anderson SL, Tuttle KR, Khan SS, et al. Cardiovascular-kidney-metabolic health: A scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2023;148(20):1606-1635. doi:10.1161/CIR.0000000000001184.
8. Sociedad Argentina de Cirugía de la Obesidad. Consenso Argentino de Cirugía Bariátrica y Metabólica. Revista Argentina de Cirugía. 2021;113(Supl. 1):1-104. Disponible en: https://saco.org.ar/consenso-argentino/
9. Pedersen SD, Manjoo P, Wharton S, et al. *Pharmacotherapy for obesity management in adults: 2025 clinical practice guideline update*. CMAJ. 2025;197(27):E797. doi:10.1503/cmaj.240456.
10. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Obesity. (2025). *Pharmacologic treatment of obesity in adults: Standards of care in overweight and obesity*. Diabetes Care. https://doi.org/10.2337/doci25-0001

11. Busetto L, Ciudin A, Dicker D, et al. *Framework for the pharmacological treatment of obesity and its complications from the European Association for the Study of Obesity (EASO).* Nat Med. 2025;31(10):3229-3232. doi:10.1038/s41591-025-03765-w
12. Nadolsky K, Garvey WT, Agarwal M, et al. *American Association of Clinical Endocrinology Consensus Statement: Algorithm for the evaluation and treatment of* adults with obesity/adiposity-based chronic disease — 2025 update. Endocr Pract. 2025;31(3):250-285. doi:10.1016/j.eprac.2024.12.001
13. Vassalotti JA, Centor R, Turner BJ, Greer RC, Choi M, Sequist TD; National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative. Practical approach to detection and management of chronic kidney disease for the primary care clinician. Am J Med. 2016;129:153-162.e7.
14. Barreyro FJ, Dirchwolf M, Fassio E, Ferretti S, Narvaez A, Odzak A. Actualización de la Guía de Práctica Clínica en esteatosis hepática metabólica (MASLD) 2025. Sociedad Argentina de Hepatología (SAHE).
15. European Association for the Study of the Liver (EASL), European Association for the Study of Diabetes (EASD), European Association for the Study of Obesity (EASO). EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines on the management of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD). Journal of Hepatology. 2024;81(3):492-542.