



Carta al Editor

IMPORTANCIA DE DIFERENCIAR PUNTOS DE CORTE DEL IMC DE ACUERDO A LA EDAD

Sr. Editor:

En relación con el artículo "Diferencias entre la prevalencia de obesidad y exceso de peso estimadas con datos declarados o por medición directa en adultos de la Comunidad Valenciana" (1), es importante discutir sobre la clasificación del índice de masa corporal (IMC) en diferentes grupos etarios.

El IMC es un indicador de la relación entre el peso y la talla. Se utiliza frecuentemente para identificar el estado nutricional de un individuo, el cual depende de la edad y/o sexo (2).

La OMS recomienda clasificar el estado nutricional en adolescentes menores de 19 años de acuerdo al z-score del IMC para la edad. Así, tenemos que para los niños y adolescentes de cinco a 19 años, $< -2,00$ DE se considera desnutrido agudo; entre $-2,00$ y $+0,99$ (DE) se considera estado nutricional adecuado; de $1,00$ a $1,99$, sobrepeso; y $\geq 2,00$ DE, obesidad (2). También existe la clasificación usada por Cole, que ajusta su patrón de referencia en niños y adolescentes de dos a 17 años con las mismas categorías de z-score de IMC antes mencionadas. Estos puntos de corte son diferentes a los usados en adultos. Los niños están en crecimiento y el IMC debe ajustarse de acuerdo a la edad y sexo; de lo contrario, podrían obtenerse resultados sesgados (3).

En adultos mayores, la determinación del IMC es importante porque los cambios de peso, talla y a nivel fisiológico (aumento de la masa grasa y disminución de la magra) afectan su estado nutricional (4). En adultos mayores se ha encontrado que el riesgo de morir es menor entre aquellos IMC 23-28 (5) o 25-29 (6).

Entonces, se establece como delgadez un IMC $< 23,0$; normal, $23,0-27,9$; sobrepeso, $> 28,0$ a $31,9$; y obesidad, $\geq 32,0$ (5).

Los resultados obtenidos se comparan con estándares internacionales, que permiten compararlos con otros estudios (7).

En conclusión, se recomienda utilizar diferentes puntos de corte para cada grupo de edad con el fin de tener unas estimaciones no sesgadas.

Mery Cristy Núñez Sánchez y Rossy María Elena Reyes Huarcaya

Escuela de Nutrición y Dietética. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC). Lima, Perú (rossy.rh.08@gmail.com)

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez-Talamantes R, Rizk J, Quiles J. Diferencias entre la prevalencia de obesidad y exceso de peso estimadas con datos declarados o por medición directa en adultos de la Comunidad Valenciana. *Nutr Hosp* 2017;34(1):128-33.
2. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
3. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ* 2000;320:1240.
4. Organización Panamericana de la Salud. Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores. Módulo 5 - Valoración nutricional del adulto mayor. 2004. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/introduccion.pdf>
5. Babiarczyk B, Turbiarz A. Body mass index in elderly people - Do the reference ranges matter? *Prog Health Sci* 2012;1(2):58-65.
6. Johnson M, Bales C. Is there a best body mass index for older adults? Moving closer to evidence-based recommendations regarding "overweight," health, and mortality. *J Nutr Gerontol Geriatr* 2014;33(1):1-9.
7. E. Atalah S, Loaiza S, Taibo M. Estado nutricional en escolares chilenos según la referencia NCHS y OMS 2007. *Nutr Hosp* 2012;27(1):1-6.