



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE PREGRADO

**VALOR DIAGNÓSTICO DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS EN
EL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE DIABÉTICO**

PRESENTADA POR
CÉSAR ANDRÉ SISNIEGAS PAJUELO

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

CHICLAYO – PERÚ

2017



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

SECCIÓN DE PREGRADO

**VALOR DIAGNÓSTICO DE LAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS EN
EL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE DIABÉTICO**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

CÉSAR ANDRÉ SISNIEGAS PAJUELO

CHICLAYO – PERÚ

2017

VALOR DIAGNÓSTICO DE LAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS EN EL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE DIABÉTICO

César André Sisniegas Pajuelo ^{1a} Mg. Denissa Pajuelo García ^{2b} Mg. Jorge Osada Liy ^{1c}

¹ Universidad San Martín de Porres Filial Norte, Chiclayo, Perú

² Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo, Perú

^a Estudiante de Medicina Humana

^b Médico Internista

^c Médico Epidemiólogo



JURADO DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

ASESORES

MG. DENISSA PAJUELO GARCÍA

MG. JORGE OSADA LIY

PRESIDENTE DEL JURADO

DR. JUAN MONDOÑEDO CHÁVEZ

HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO

DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD DE SAN MARTIN DE PORRES, CHICLAYO

MIEMBROS DEL JURADO

DR. MILTON GONZÁLES MECHÁN

HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO

DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD DE SAN MARTIN DE PORRES, CHICLAYO

DR. CRISTIAN DÍAZ VÉLEZ

HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO

DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD DE SAN MARTIN DE PORRES, CHICLAYO

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios y a mis padres, hermanos y abuelos. A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento; a mis hermanos, por acompañarme a lo largo de este camino haciéndolo más ameno y a mis abuelos, por sus palabras de aliento y cada uno de sus consejos.

AGRADECIMIENTO

Todo mi agradecimiento a quienes han participado en la culminación de esta tesis, a mis asesores, por el tiempo brindado de manera desinteresada, a mis compañeros, por sus consejos y sugerencias, a mis pacientes quienes son parte fundamental de este trabajo y a Verónica, quien por su apoyo constante e incondicional representó gran esfuerzo y tesón en momentos de decline y cansancio.

ÍNDICE

Portada.....	i
Título	ii
Jurado de Sustentación de Tesis	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
I. Introducción	9
II. Materiales y Métodos.....	12
III. Resultados.....	14
IV. Discusión	18
V. Conclusiones	20
Referencias Bibliográficas.....	21
Anexos	23

RESUMEN

Objetivos: Determinar el valor diagnóstico de las medidas antropométricas en la valoración del estado nutricional de los pacientes diabéticos tipo 2 y hallar puntos de corte adecuados a nuestra realidad para circunferencia del brazo, pierna, muslo (CM), abdomen (CA), índice de masa corporal (IMC), índice circunferencia abdominal muslo (CAM) e índice circunferencia abdominal estatura (CAE).

Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal de prueba diagnóstica; constó de 120 pacientes diabéticos, 60 con Valoración Global Subjetiva (VGS) normal y 60 con VGS anormal; a quienes se les realizó medidas antropométricas.

Resultados: El área bajo la curva de CA, CAM y CAE fue de 0,717; 0,737 y 0,735 respectivamente. Los puntos de corte para la CA fue de 96.7 cm (sensibilidad 70% y especificidad 67%); para CAM fue de 1.96 cm (sensibilidad 71%, especificidad 70%) y para CAE fue de 0.59 cm (sensibilidad 71%, especificidad 70%).

Conclusiones: Las medidas antropométricas por sí solas no se constituyen pruebas diagnósticas independientes para la valoración del estado nutricional del paciente. Los puntos de corte para CA, CAM y CAE no cuentan con buena sensibilidad y especificidad para determinar estado nutricional en pacientes diabéticos con respecto a la VGS. Se debe protocolizar el uso de la VGS en la evaluación nutricional del paciente diabético.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus, antropometría, circunferencia abdominal, circunferencia del brazo, índice de masa corporal.

ABSTRACT

Objectives: Determine the diagnostic value of anthropometric measurements in the assessment of the nutritional status of type 2 diabetic patients and to find cut-off points for arm (AC), leg (LC), thigh (TC), abdominal (AC), body mass index (BMI), Abdominal circumference thigh index (ACTI), abdominal circumference height index (ACHI).

Materials and methods: Descriptive cross-sectional study of diagnostic test; Consists of 120 diabetic patients, 60 with normal Subjective Global Assessment (SGA) and 60 with abnormal SGA; then we took them anthropometric measurements.

Results: The area under the curve of AC, ACTI and ACHI was 0.717; 0.737 and 0.735 respectively. The cutoff points for CA were 96.7 (sensitivity 70% and specificity 67%); For ACTI was 1.96 (sensitivity 71%, specificity 70%) and ACHI was 0.59 (sensitivity 71%, specificity 70%).

Conclusions: The anthropometric measurements do not constitute as diagnostic tests for the assessment of the nutritional status of the diabetic patient. The cut-off points for CA, CAM and CAE do not have good sensitivity and specificity to determine nutritional status in diabetic patients with respect to VGS. The use of VGS in the nutritional evaluation of the diabetic patient should be protocolized.

Key words: Diabetes Mellitus, anthropometry, abdominal circumference, arm circumference, body mass index.

I. INTRODUCCIÓN

La evaluación antropométrica permite medir el tamaño y la proporción del cuerpo, tomando en cuenta el peso, talla y técnicas de medición de masa grasa y magra; estas son afectadas por el estado nutricional durante el ciclo de vida. Permite tener una idea global del organismo y es de fácil aplicación, bajo costo, reproducibilidad en diferentes momentos y distintas personas (1,2).

Entre los parámetros antropométricos destacan: el índice de masa corporal (IMC), indicador más utilizado y constituye un método confiable para hallar el estado nutricional y de adiposidad de los pacientes(2,3); el perímetro de brazo (medida tomada en el punto medio entre el acromion y el olecranon, ya sea con el brazo colgando o con el bíceps flexionado); perímetro del muslo (medida tomada 2 cm por debajo de la línea glútea, con el paciente de pie con las piernas ligeramente separadas y con el peso corporal repartido equitativamente entre ambas piernas) y perímetro de cintura (perímetro obtenido al realizar la medición a nivel del ombligo).

Los principales errores en la interpretación de estas pruebas antropométricas son por imprecisión, ya que los resultados dependen de quién, dónde y cómo se midan(4,5).

La Valoración Global Subjetiva (VGS), desarrollada por Detsky et al en 1987, permite estimar el estado nutricional mediante la historia clínica y la exploración física (3) y puede ser un método adecuado para valorar el estado nutricional, pero requiere de cierto grado de experiencia por parte del examinador(6).

La diabetes mellitus (DM) es un problema de salud pública global no solo por las complicaciones que trae consigo sino también por el aumento abismal de su frecuencia. Según Hossain et al, al 2030 habrían 366 millones de personas con diabetes en el mundo (7), y según la OMS actualmente existen 347 millones de personas con diabetes en el mundo (8).

La prevalencia de diabetes en las Américas varía entre 10 y 15 %; en el Perú esta se estima en 5,5 %(9) y de 7,1%(10).

Leguía et al (2011) encuentran en la ciudad de Chiclayo una frecuencia de 15,6% para tamizaje positivo para diabetes en personas mayores de 45 años; además demostraron que existe mayor riesgo de padecer diabetes mellitus si se añaden factores de riesgo: cardiovascular, dislipidemia, sedentarismo y obesidad (11).

Achauri encontró en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI) en pacientes diabéticos desnutrición en 40% de adultos de 50 a 59 años, 50% en los de 60 a 69 años y 61.6% en los mayores de 70 años, y una prevalencia total del 87%(2).

El gold estándar para determinar malnutrición es la valoración global subjetiva (VGS), el cual es un método clínico poco usado en el ambiente hospitalario; tiene una sensibilidad del 96-98% y una especificidad del 82-83%(12).

La antropometría es una técnica ampliamente utilizada en la evaluación nutricional; tanto para la vigilancia del crecimiento y desarrollo, como en la determinación de la composición corporal (masa grasa y libre de grasa), aspectos fundamentales en la evaluación nutricional en individuos y comunidades (diabéticos y no diabéticos). La medición de los diferentes parámetros

antropométricos permite al profesional conocer las reservas proteicas y calóricas y definir las consecuencias de los desequilibrios ya sea por exceso o por déficit (13).

Araujo dos Santos C. encontró que parámetros antropométricos como la circunferencia abdominal tuvo correlación significativa con la VGS en pacientes oncológicos (12).

Molis-Brunet N. y col (2006), correlacionaron las medidas de obesidad con la resistencia a la insulina en pacientes adultos mayores con diabetes tipo 2. Encontraron que las medidas antropométricas de IMC y perímetro de cintura en mujeres tienen buena capacidad predictiva(14). Zubizarreta K. y col (2012), demostraron que encontrar una circunferencia abdominal aumentada está relacionada con la presencia de complicaciones micro vasculares en pacientes diabéticos a comparación de pacientes con circunferencia abdominal normal y normopeso (15); de allí la importancia de la antropometría dentro de la valoración nutricional para identificar al paciente en riesgo de manera oportuna.

Como objetivo general para este estudio se planteó determinar el valor diagnóstico de las medidas antropométricas en la valoración del estado nutricional de los pacientes diabéticos. Teniendo como objetivo específico hallar puntos de corte con buena sensibilidad y especificidad para CB, CP, CM, IMC, CAM, CAE.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio es descriptivo transversal con diseño de prueba diagnóstica, el cual se llevó a cabo durante los meses de Julio a Noviembre del 2015.

La población estuvo conformada por pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que acudieron al consultorio de Endocrinología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo durante los meses de Julio a Noviembre del año 2015; se excluyó a aquellos pacientes que presentaron edema periférico o ascitis, amputación de un miembro o embarazadas.

Para el cálculo de la muestra se usó el programa Epidat 3.1, usando una sensibilidad esperada de 96%(12,16), relación no enfermos y enfermos de 1 y una precisión de 5%, dando como resultado una muestra de 120 pacientes adultos, de los cuales 60 debían presentar una VGS normal y 60 una VGS alterada (prevalencia 50%).

Para elegir a los pacientes de la muestra, se asignó un número correlativo a los pacientes que acudían al consultorio de endocrinología y se eligieron según tabla de números aleatorios; a continuación se les realizó VGS y fueron ingresando al grupo de VGS normal o anormal hasta completar 60 pacientes para cada grupo.

El investigador realizó 50 determinaciones de VGS, supervisado por un especialista hasta lograr 30 determinaciones consecutivas coincidentes con dicho especialista.

A los 120 pacientes se les realizó la antropometría: CB, CP, CM, CA e IMC y luego se calculó los índices CAM (dividiendo la circunferencia abdominal con la

circunferencia del muslo) y CAE (dividiendo la circunferencia abdominal con la estatura).

La VGS corresponde a una escala nominal, los valores de CB, CP, CM, CA y el IMC corresponden a una escala de intervalo y los valores de CAM y CAE corresponden a una escala de razón.

Los resultados fueron procesados con el programa estadístico SPSS 22.0 mediante el cual se calcularon los valores promedio de la CB, CA, CP, CM, IMC, índice CAM e índice CAE. Se utilizaron parámetros estadísticos de frecuencias y porcentajes para caracterizar a la muestra de estudio.

Se establecieron diferencias significativas para estos valores con la prueba de Kruskal-Walis entre los pacientes diabéticos tipo 2 cuya VGS fue normal y aquellos que tuvieron VGS alterada con un nivel de confianza del 95% y de significancia de 0,05. Para apreciar los valores de sensibilidad y especificidad de las medidas se utilizó el análisis de curva ROC. Las áreas bajo la curva (AUC) de las curvas ROC se interpretarán de la siguiente manera: (0,5-0,6) Test malo; (0,6-0,75) Test regular; (0,75-0,9) Test bueno; (0,9-0,97) Test muy bueno y (0,97-1) Test excelente (17).

El procedimiento de investigación fue aprobado por el comité de investigación del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo; los pacientes firmaron un consentimiento informado donde se detallaba la confidencialidad de los datos brindados, los procedimientos a seguir y la aceptación del participante con el derecho de retirarse del estudio sin que esto afecte su tratamiento y futuras atenciones.

III. RESULTADOS

La muestra de estudio estuvo caracterizada por 44 varones (36.70%) y 76 mujeres (63.30%). La edad promedio de los pacientes del estudio fue de 62,10 años con una DS de 10,82.

De los 120 pacientes según el IMC 2 pacientes (1,70%) se encontraban con bajo peso, 48 (40%) con sobre peso y 12 (10%) con obesidad. Además, de los 60 pacientes en buen estado nutricional (VGS normal) 26 pacientes diabéticos (43,30%) se encontraban con sobrepeso y obesidad y de los 60 pacientes con VGS anormal (riesgo nutricional o desnutrición) 34 (56,70%) se encontraban con sobrepeso y obesidad.

Tabla 1 Evaluación nutricional de los pacientes diabéticos tipo 2 según VSG

e	IMC	VGS	
		NORMAL	ANORMAL
		BAJO PESO	0%
		0	2
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	NORMOPESO	56,70%	40%
	SOBREPESO	40%	40%
		24	24
	OBESIDAD	3,30%	16,70%
		2	10
	Total	100%	100%
		60	60

HNAAA 2015

De los 120 pacientes diabéticos que conformaron el estudio 26 (21,70%) presentaron obesidad central, de los cuales 12 pacientes (46,20%) eran normopeso, 12 (46,20%) tenían sobrepeso y 2 (7,70%) obesidad.

En la tabla 2 se aprecian los resultados de los valores promedio de circunferencia braquial (CB), circunferencia abdominal (CA), circunferencia de pierna (CP), circunferencia de muslo (CM), índice de masa corporal (IMC), índice cintura abdominal/muslo (CAM) e índice cintura abdominal/estatura (CAE); la diferencia de las medias de dichas medidas en pacientes con una valoración global subjetiva normal y anormal.

Tabla 2 Valores promedio de las medidas antropométricas y comparación de medias según evaluación nutricional HNAAA 2015

	VGS NORMAL		VGS ANORMAL		TOTAL		Kruskal-Wallis (p)
	MEDIA	DS	MEDIA	DS	MEDIA	DS	
CB	28,94 cm	3,81	29,50 cm	4,26	29,23 cm	4,04	0,121
CA	93,89 cm	10,06	99,88 cm	9,69	96,88 cm	10,29	< 0,001
CP	34,74 cm	7,69	33,81 cm	4,64	34,28 cm	6,35	0,079
CM	49,53 cm	6,14	46,65 cm	5,51	48,09 cm	5,99	0,023
IMC	24,38	2,76	25,93	4,06	25,15	3,55	0,018
CAM	1,91	0,25	2,16	0,27	2,04	0,29	< 0,001
CAE	0,58	0,05	0,64	0,08	0,61	0,07	0,097

Leyenda: circunferencia braquial (CB), circunferencia abdominal (CA), circunferencia de pierna (CP), circunferencia de muslo (CM), índice de masa corporal (IMC), índice cintura abdominal/muslo (CAM) e índice cintura abdominal/estatura (CAE)

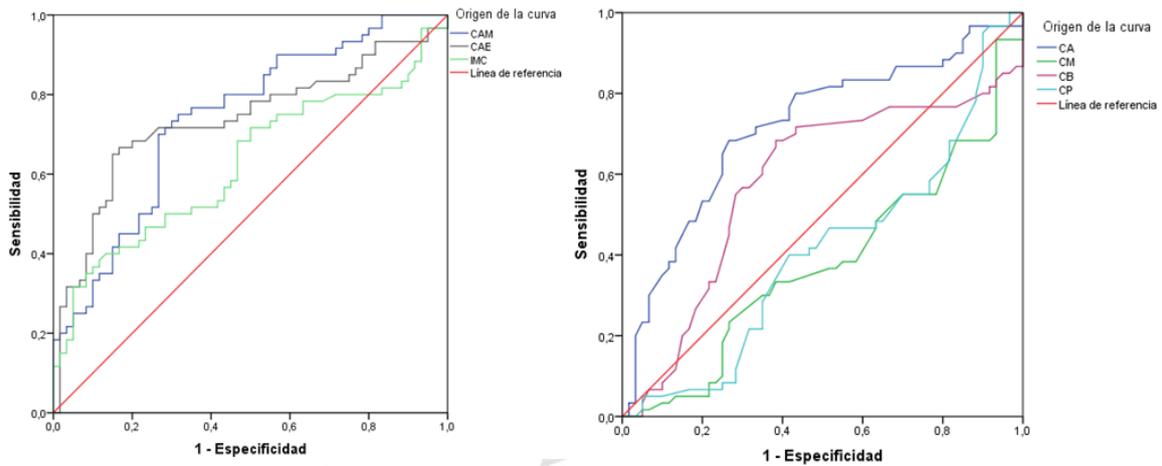
Luego de realizar la prueba de Kolmogórov-Smirnov se determinó que las variables no poseen una distribución normal, por ello se usó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis se encontró que existe diferencia significativa entre CA, CM, IMC y CAM con respecto a la VGS.

Con relación a la CA los pacientes con VGS anormal tenían una medida mayor que los pacientes con VGS normal. La CM de los pacientes diabéticos con VGS anormal tuvo menores valores que los pacientes con VGS normal. El índice de masa corporal de los pacientes con VGS normal fue discretamente menor que los pacientes con VGS anormal. El índice circunferencia abdominal/muslo de los pacientes con VGS anormal fue mayor que los pacientes con VGS normal. El índice circunferencia abdominal/estatura fue mayor en los pacientes con VGS anormal.

En el gráfico 1 se ha calculado el área bajo la curva de CB, CA, CP, CM, IMC, CAM y CAE de los pacientes con diabetes tipo 2 con VGS anormal encontrándose que la CA tiene mejor capacidad discriminativa para diagnosticar el estado nutricional que las demás medidas antropométricas, interpretándose como una prueba regular (Tabla 3). Encontrándose como punto de corte un valor de 96,70 cm para toda la muestra de estudio, el cual cuenta con una sensibilidad de 70%; especificidad de 67%; VPP 67.74% y VPN 68.9%.

Al analizar las curvas ROC de los índices circunferencia abdominal/muslo y circunferencia abdominal/estatura, se obtuvieron los valores de área bajo la curva de 0,74 y 0,74 respectivamente, también interpretándose como pruebas regulares. Se tomó como punto de corte para el índice CAM el valor de 1,96; el cual cuenta con sensibilidad de 71%; especificidad de 70%; para el índice CAE el valor de 0,59 también con sensibilidad de 71%; especificidad de 70%.

Gráfico 1 Curva ROC de las medidas antropométricas con respecto a la Valoración Global Subjetiva HNAAA 2015



Leyenda: circunferencia braquial (CB), circunferencia abdominal (CA), circunferencia de pierna (CP), circunferencia de muslo (CM), índice de masa corporal (IMC), índice cintura abdominal/muslo (CAM) e índice cintura abdominal/estatura (CAE)

TABLA 3: Áreas bajo la curva de las medidas antropométricas HNAAA 2015

Variable	Área Bajo la Curva	Error estándar
CB	0,58	0.05
CA	0,71	0.05
CP	0,41	0.05
CM	0,38	0.05
IMC	0,63	0.05
CAM	0,74	0,05
CAE	0,74	0,05

Leyenda: circunferencia braquial (CB), circunferencia abdominal (CA), circunferencia de pierna (CP), circunferencia de muslo (CM), índice de masa corporal (IMC), índice cintura abdominal/muslo (CAM) e índice cintura abdominal/estatura (CAE). Los valores de error estándar fueron aproximados al centésimo.

IV. DISCUSION

El IMC ha sido observado porque no permite distinguir entre masa magra y masa grasa, además tampoco determina la distribución de la adiposidad (18).

El índice CAE representa una correlación relativamente simple, útil y no invasiva, para ser aplicado en individuos vulnerables y es una alternativa bastante utilizada en estudios poblacionales sobre obesidad y distribución regional de la grasa, teniendo en cuenta su eficacia para detectar riesgo cardiometabólico (19).

Cristo Rodríguez y colaboradores encontraron que el CAE es un índice con mejor capacidad de detección de DM2 y demás factores de riesgo cardiovascular en esta población, y es el que mayor fuerza alcanza en su asociación con ellos(19); además la circunferencia de la cintura debe estar en menos de la mitad de la talla, de ahí que si es mayor de 0,5; es diagnóstica de obesidad abdominal(20) esto pone en evidencia en nuestros resultados que los pacientes diabéticos en ambos grupos de la VGS presentaron una CA por encima de la mitad de la estatura.

Diego Bellido y col calcularon las áreas bajo la curva de CAE y encontraron el valor de 0,729 (IC del 95%: 0,711-0,747) con un $p < 0,01$ concluyendo que es un índice antropométrico de la grasa abdominal central (21), pero a pesar de haber sido catalogada como buena, en nuestro estudio se encontró que por sí sola no puede usarse para el diagnóstico del estado nutricional en el paciente diabético.

Carolina Vásquez y col al comparar la CAM con indicadores antropométricos conocidos, entre ellos el IMC, la relación cintura/cadera y la CA identificaron correlaciones más fuertes para la CAM(22). En los resultados que hemos encontrado los valores de CAM para el grupo VGS normal fue 1,91 y para los de

VGS anormal fue 2,16; esto contrasta con los valores para hombres de 1,60 y para mujeres 1,40 citados por García e Hidalgo(22,23).

El área bajo la curva de la CAM en nuestro estudio fue de 0,74; similar al valor de la CAE, siendo ambas pruebas regulares, es decir que no pueden ser usadas para diagnosticar el estado nutricional del paciente diabético por si solas.

La CM de los pacientes diabéticos con VGS anormal fue menor que la CM de los pacientes con VGS normal esto podría sugerirnos una disminución en la masa muscular o masa grasa de los pacientes diabéticos con riesgos nutricionales o desnutridos según VGS. El valor obtenido en nuestro estudio nos revela que es una prueba diagnóstica mala y que no debería usarse para diagnosticar estado nutricional en el paciente diabético.

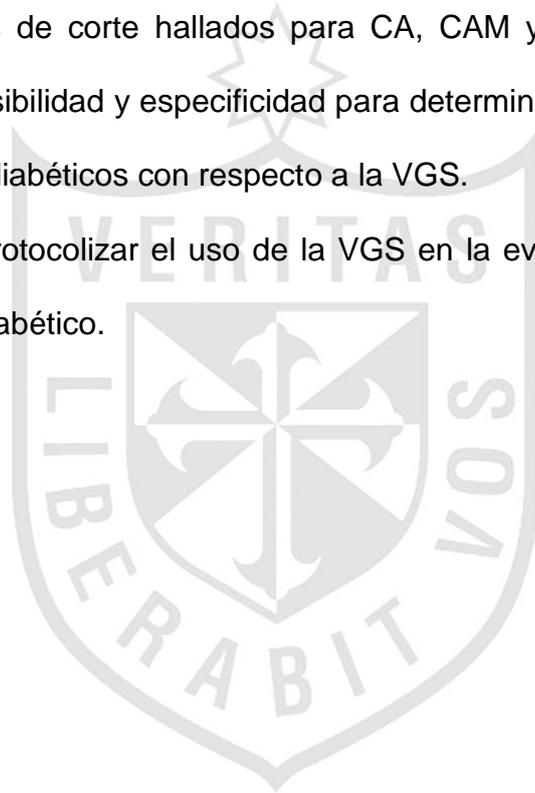
Por lo tanto, no es recomendable utilizar las medidas antropométricas estudiadas como pruebas diagnósticas nutricionales en pacientes diabéticos. Y siendo la VGS un método adecuado para diagnosticar el estado nutricional, debería protocolizarse su uso en los pacientes diabéticos tipo 2.

Una de las limitaciones del presente estudio es no haber delimitado el tiempo de enfermedad de los pacientes que podría explicar las diferencias que se han analizado (24).

No se pueden determinar los valores predictivos ya que la muestra tuvo una muestra intencional del 50%.

V. CONCLUSIONES

- Las medidas antropométricas estudiadas por sí solas no se constituyen pruebas diagnósticas independientes para la valoración del estado nutricional del paciente diabético por ser catalogadas como pruebas diagnósticas malas (CB, CM, CP e IMC) y pruebas diagnósticas regulares (CA, CAM y CAE).
- Los puntos de corte hallados para CA, CAM y CAE no cuentan con buena sensibilidad y especificidad para determinar estado nutricional en pacientes diabéticos con respecto a la VGS.
- Se debe protocolizar el uso de la VGS en la evaluación nutricional del paciente diabético.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sistema de las Naciones Unidas en el Perú [Internet] Alimentación, desnutrición y lucha contra el hambre. Perú 2015 [cited 2015 Nov 8]. Available from: <http://onu.org.pe/temas/alimentacion-desnutricion-y-lucha-contra-el-hambre/>
2. Acurio A, Luisa C. Prevalencia de desnutrición en pacientes diabéticos hospitalizados en el servicio de endocrinología del HNGAI marzo–mayo 2004. [Dissertation] Lima; 2004: Universidad Nacional Mayor de San Marcos [cited 2015 Nov 8]; Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2003>
3. Gómez C, Luengo M, Cos I, Martínez V, Iglesias C, Zamora P, et al. Valoración global subjetiva en el paciente neoplásico. *Nutr Hosp.* 2003 Dec;18(6):353–7.
4. Villamayor L, Llimera G, Jorge V, González C, Iniesta C, Mira C, et al. Valoración nutricional al ingreso hospitalario: iniciación al estudio entre distintas metodologías. *Nutr Hosp.* 2006 Apr;21(2):163–72.
5. González E. Composición corporal: estudio y utilidad clínica. *Endocrinol Nutr.* 2013 Feb;60(2):69–75.
6. Acosta J, Gómez V, Ruiz S. Valoración del estado nutricional en el paciente grave. *Nutr Hosp.* 2005 Jun;20:5–8.
7. Hossain P, Kavar B, El-Nahas M. Obesity and Diabetes in the Developing World-A Growing Challenge. *N Engl J Med.* 2007 Jan 18;356(3):213–5.
8. OMS [Internet] Diabetes 2015 [cited 2015 Jun 2]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
9. Revilla L. Situación de la vigilancia de diabetes en el Perú, al I semestre de 2013. 2013 Sep;22(39):825–8.
10. Bernabé A, Carrillo M, Gilman H, Miele H, Checkley W, Wells C, et al. Geographical variation in the progression of type 2 diabetes in Peru: The CRONICAS Cohort Study. *Diabetes Res Clin Pract.* 2016 Nov 1;121:135–45.
11. Leguía-Cerna J, Morales M, Soto-Cáceres V, Díaz-Vélez C. Frecuencia y factores asociados a tamizaje positivo para diabetes mellitus tipo 2 en la población de la provincia de Chiclayo 2011. *Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo.* 2015;8(2):64–9.
12. Araújo C, De-Oliveira R, Queiroz A, Lanes R. Patient-generated subjective global assessment and classic anthropometry: comparison

between the methods in detection of malnutrition among elderly with cancer. *Nutr Hosp.* 2015;31(n01):384–92.

13. Angarita C, Visconti G, Van-Aanholt D, Riedeman K, Samayoa J, Flores D, et al. Evaluación del Estado Nutricional en Paciente Hospitalizado. In Cancún, México: FELANPE; 2008 [cited 2017 Jan 16]. Available from: <http://www.aanep.com/docs/Consenso-Final-Evaluacion-Nutricional.pdf>
14. Molist N, Jimeno J, Franch J. Correlación entre las diferentes medidas de obesidad y el grado de resistencia a la insulina. *Aten Primaria.* 2006 Jan;37(1):30–6.
15. Zubizarreta K, Rodríguez N, Castilla B, Hevia M, Becerra N. Relación entre características antropométricas y su repercusión en diabéticos tipo 2. *Rev Cienc Médicas Pinar Río.* 2012 Apr;16(2):3–19.
16. Ravasco P, Anderson H, Mardones F. Métodos de valoración del estado nutricional. *Nutr Hosp.* 2010 Oct;25:57–66.
17. Cerda J, Cifuentes L. Uso de curvas ROC en investigación clínica: Aspectos teórico-prácticos. *Rev. chil. infectol.* [Internet]. 2012 Abr [citado 2017 Feb 11]; 29(2): 138-141.
18. Rosales R. Antropometría en el diagnóstico de pacientes obesos: una revisión. *Nutr Hosp.* 2012 Dec;27(6):1803–9.
19. Cristo M, Cabrera A, Aguirre A, Domínguez S, Brito B, Almeida D, et al. El cociente perímetro abdominal/estatura como índice antropométrico de riesgo cardiovascular y de diabetes. *Med Clínica.* 2010 Apr 3;134(9):386–91.
20. Hernández J, Duchi P. Índice cintura/talla y su utilidad para detectar riesgo cardiovascular y metabólico. *Rev Cuba Endocrinol.* 2015 Apr;26(1):66–76.
21. Bellido D, López M, Carreira J, de-Luis D, Bellido V, Soto A, et al. Índices antropométricos estimadores de la distribución adiposa abdominal y capacidad discriminante para el síndrome metabólico en población española. *Clínica E Investig En Arterioscler.* 2013 Jul;25(3):105–9.
22. Vasques C, Rosado L, Rosado G, Ribeiro C, Franceschini S, Geloneze B. Indicadores antropométricos de resistência à insulina. *Arq Bras Cardiol.* 2010 Jul;95(1):e14–23
23. García J, Hidalgo L. Enfermedades del sistema endocrino y de la nutrición. Salamanca (España): Universidad de Salamanca; 2001.
24. Otero L, Zanetti M, Teixeira C. Sociodemographic and clinical characteristics of a diabetic population at a primary level health care center. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2007 Oct;15(SPE):768–73.

ANEXOS

Anexo I: Valoración Global Subjetiva

VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA (VGS)
<p>ANAMNESIS:</p> <p>Cambio de peso Cambio de peso en los últimos seis meses:Kg % de cambio de peso:</p> <p>Cambio en las últimas dos semanas:aumentósin cambiodisminuyó</p> <p>Ingesta alimentaria: Sin cambio:..... Cambio, duración:.....semanas Tipo de cambio:dieta sólida insuficientedieta líquida completadieta líquida hipocalóricaayuno</p> <p>Síntomas Gastrointestinales (presentes por más de dos semanas):ninguna;náuseas;vómito;diarrea;anorexia.</p> <p>Alteración Funcional:Sin disfunción (capacidad total) Disfunción; duración:.... Semanas Tipo de disfunción:trabajo subóptimo;ambulatorio;en cama</p> <p>Enfermedad y su relación con las necesidades nutricionales Diagnóstico primario (específico):.....</p> <p>Necesidades metabólicas/ estrés:sin estrés;poco estrés;estrés moderado;estrés severo.</p> <p>EXAMEN FÍSICO (especificar en cada ítem: 0=normal; 1+ = leve; 2+ = moderado; 3+ = severo)pérdida de grasa subcutánea (triceps y tórax)pérdida de masa muscular (cuadriceps y deltoides)edema (tobillos)edema en región sacraascitis</p>
<p>DIAGNÓSTICO: A (Bien nutrido) B (Riesgo Nutricional o Desnutrición Moderada) C (Desnutrición Severa)</p>

Anexo III: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

Estimado paciente:

Soy el investigador: César André Sisniegas Pajuelo, de la Universidad de San Martín De Porres, autor de la siguiente investigación:

“VALOR DIAGNÓSTICO DE CIERTAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS EN EL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE DIABÉTICO”

Este trabajo tiene como objetivo determinar el estado nutricional del paciente adulto diabético mediante la Valoración global subjetiva y medidas antropométricas (circunferencia de brazo, de pierna, de muslo, de cintura e índice de masa corporal).

Participarán en este estudio 120 pacientes que acudan al consultorio de Endocrinología del Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo.

El paciente no presentará incomodidades, ni riesgos derivados de este estudio, ni su tratamiento se verá interrumpido; en todo momento estará vigilado por el equipo de trabajo usual.

Se le hace conocer que **la participación del paciente es voluntaria** y podrá retirarse del estudio en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación médico-paciente, ni se produzca perjuicio en su tratamiento.

El trabajo es de carácter confidencial. Usted podrá conocer los resultados del estudio, en el momento que lo solicite.

El investigador César André Sisniegas Pajuelo, responsable de este trabajo le informará y contestará sus dudas y preguntas telefónicamente de 12pm a 2pm todos los días. El teléfono es 949698992.

Si siente que sus derechos no han sido respetados. Ud., puede comunicarse con el Presidente del Comité de Ética de la Red Asistencial de Lambayeque EsSalud.

CONSENTIMIENTO POR ESCRITO

Título del Trabajo de Investigación:

“VALOR DIAGNÓSTICO DE CIERTAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS EN EL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE DIABÉTICO”

Yo.....(Nombre y apellidos)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con el alumno César André Sisniegas Pajuelo responsable del estudio, quien aclaró todas mis dudas.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Si deseo hacer alguna consulta, puedo llamar al investigador mencionado anteriormente, cuyo teléfono es 949698992

Si siento que mis derechos no han sido respetados, puedo comunicarme con el Presidente del Comité de Ética de la Red Asistencial de Lambayeque EsSalud.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio

Fecha: __/__/__

Firma del participante: _____ DNI _____

Firma de investigador: _____ DNI _____