

Infraestimación del índice de masa corporal por autodeclaración de peso y talla y su impacto en la estratificación del riesgo cardiovascular

Juan Enrique Puche García(1), Sandra Scholz(1) y Antonio Esteban-Luque(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Quironsalud Málaga, Málaga - España

Introducción: El peso y la talla autodeclarados se utilizan de forma habitual en la práctica clínica pese a su precisión incierta. Evaluar su exactitud y el impacto en la clasificación del índice de masa corporal (IMC) y del riesgo cardiovascular, incluyendo la influencia del nivel educativo.

Métodos: Estudio observacional en pacientes adultos en consulta. Se compararon peso y talla autodeclarados con mediciones objetivas. Se analizaron errores en peso (kg), talla (cm) e IMC (kg/m²), dirección del sesgo, desviaciones significativas (definidas como >2,5% del referido) y reclasificación de IMC. Se realizaron análisis por subgrupos según IMC alto, sexo (H/M) y nivel educativo. Las comparaciones se realizaron mediante test t de Student y chi-cuadrado, considerándose significativo p<0,05.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes (edad 60,8±13,9 años; 52,4% mujeres). El peso medio fue de 76,8±14,1 kg (H:84,9±12,2 vs. M: 69,4±11,5 kg), la talla de 166,1±8,8 cm (H: 172,3±6,2 vs. M: 160,4±6,8) y el IMC de 27,8±4,4 kg/m² (H: 28,6±3,8 vs. M: 27,1±4,9 kg/m²).
El peso autodeclarado presentó un error de ?1,9±2,2 kg y la talla de +1,9±1,6 cm, lo que supuso un error del IMC de ?1,3±1,0 kg/m². El 53,8% de los pacientes infraestimó significativamente su peso y el 27,5% sobreestimó la talla de forma considerable.
Un 25,8% (H: 29,3% vs. M: 22,9%) fue reclasificado a una categoría de superior de IMC al emplear medidas reales. A su vez, los pacientes con IMC alto (?25 kg/m²) presentaron mayor error en el peso (?2,8 vs. ?1,5 kg; p<0,01) y mayor proporción de infraestimación significativa del peso (68,9% vs. 22,2%; p<0.001).
Por sexo, los varones mostraron mayor error en talla (+2,8 vs. +1,0 cm; p<0,001), sin diferencias significativas en el error de peso, lo que contribuyó a una mayor infraestimación del IMC.
En función del nivel educativo, se observó una mayor prevalencia de IMC elevado en niveles educativos más bajos (95,2% en nivel básico, 66,7% medio, 56,4% superior; p<0,01), sin un patrón consistente en la infraestimación del peso.

Conclusiones: La autodeclaración del peso y la talla infraestima de forma sistemática el IMC (uno de cada cuatro sujetos), condicionando una infravaloración clínicamente relevante del riesgo cardiovascular. Este sesgo es mayor en pacientes varones, con IMC elevado y menor nivel educativo. La medición directa de peso y talla debería

considerarse prioritaria para una práctica clínica de calidad.