

## RECOMENDACIONES FINALES PARA LA REALIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICO.

En esta última sección del Manual se relacionan varias recomendaciones para la implementación y utilización de los criterios diagnósticos del estado de la masa magra, la grasa corporal, y la DMO densidad mineral ósea en los escenarios de desempeño de los equipos locales de salud. Las recomendaciones se organizan en 3 bloques lógicos: I: Identificación de los criterios límites, los sitios de corte evaluativo, y la probable población en riesgo; II: Identificación de la población femenina menopáusica en riesgo; y III: Evaluación, atención y seguimiento metabólico-nutricional del paciente hospitalizado. Cada recomendación expuesta en estas “Recomendaciones finales” está acompañada del grado de evidencia (A/B/C) que la avala.

	Recomendación	Grado de evidencia
I	<b>Identificación de los criterios límites, los sitios de corte evaluativo y la probable población en riesgo</b>	
1	Utilizar estos límites de márgenes de seguridad para el diagnóstico clínico-nutricional de adiposidad, o el estado de la masa ósea, y su notificación estadística, en los diferentes niveles (primario/secundario/terciario) de la atención de salud; y en la realización de encuestas poblacionales a partir de estimaciones del IMC Índice de Masa Corporal	A
2	Utilizar los percentiles 5, 85 y 90 de las distribuciones de frecuencia como márgenes de seguridad para la identificación y notificación de la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad	A
3	Utilizar el percentil 90 como margen superior de seguridad para la evaluación de la adiposidad en la Pre-obesidad	A
4	<u>En la identificación del Sobrepeso:</u> Utilizar valores del tamaño de la grasa corporal total del 22.4% para el hombre, y el 37.4% para la mujer, respectivamente, como los límites del percentil 85 percentil	A
5	Considerar los valores del indicador nutricional en cuestión inferiores (léase por debajo) del percentil 5 para la identificación y/o registro de la DEN Desnutrición Energético-Nutricional	A
6	<u>En el diagnóstico por regiones anatómicas:</u> Auxiliarse en la evaluación del estado del perímetro (léase circunferencia) del brazo, del perímetro (léase circunferencia) de la cintura, del Índice Cintura-Cadera, y el IMC, con las referencias nacionales para una mayor exactitud e integralidad de la estimación en el diagnóstico y pronóstico de la obesidad	B
7	Utilizar de modo sistemático las mensuraciones de los perímetros braquial y del abdomen, así como el Índice Cintura-Cadera, con referencias nacionales, siempre que se sospeche un aumento regional de la reserva energética superior al percentil 90 de la distribución de frecuencias	B

	Recomendación	Grado de evidencia
I	<b>Identificación de los criterios límites, los sitios de corte evaluativo y la probable población en riesgo (Continuación)</b>	
8	<u>En el diagnóstico de probable osteoporosis:</u> Aplicar los criterios de evaluación de la composición corporal según compartimentos, cuando se dispone de información de la DMO más de un sitio anatómico y/o de cuerpo total a partir de DEXA densitometría dual de rayos X. Para ello, debiera considerarse siempre la masa magra esperada, por su efecto sobre la estructura ósea y como probable factor de estimulación, mantenimiento y fragilidad del hueso	B
9	<u>En el diagnóstico de probable osteoporosis:</u> Aplicar los márgenes de seguridad según los percentiles 5 y 95 de las referencias expuestas en este Manual, mediante el uso de los valores de DMO ( $\text{g.cm}^{-2}$ ) expuestos en las tablas 2-9 y 11, según el género del sujeto, y corregidos para la estatura	A
10	Considerar como límite de riesgo para la osteoporosis la referencia para el umbral de lo patológico de más de 2.5 desviaciones estándar a la izquierda (léase por debajo) del valor promedio de la densidad ósea para los cuatro sitios anatómicos explorados, y los cuerpos totales de esta población mediante el uso de las tablas 2-9 y 12	A
11	Considerar como los límites de riesgo de la osteoporosis del cuello de fémur los valores de DMO de $0.849 \text{ g.cm}^{-2}$ para el hombre habanero, y $0.708 \text{ g.cm}^{-2}$ para la mujer habanera	A
12	Utilizar como márgenes de seguridad y límites de riesgo para la evaluación de la adiposidad estimada según la distribución en las regiones anatómicas clásicas: tronco/brazos/piernas), las referencias que se expresan, para una subpoblación joven menor de 40 años, en las tablas 5-6	A

	Recomendación	Grado de evidencia
II	Identificación de la población femenina menopáusica en riesgo	
13	<u>En el caso de la mujer de 50 a 59 años con menos de 5 años de amenorrea:</u> Aplicar en la evaluación clínico-nutricional la referencia de distribución en percentiles para la composición corporal, que se expresa en la tabla 9, utilizando el valor esperado según el percentil del índice de Masa Corporal obtenido	A
14	<u>Para evaluar la probable osteoporosis de la mujer:</u> Se pueden consultar los criterios de riesgo expresados en la tabla 10 de este Manual, que se diferencian por clasificación étnica, y que, además, se comparan con el criterio DEXA para la mujer hispana	A
15	<u>Para el diagnóstico de la osteoporosis:</u> Utilizar preferentemente valores de la DMO corregidos para (esto es, expresados como cocientes de) la estatura del sujeto para la evaluación del estado de la densidad ósea en los sitios anatómicos especificados y/o para el cuerpo total de nuestra población	A
16	Los criterios de riesgo para identificar, notificar, y dar seguimiento al estado metabólico-nutricional de la composición corporal de la mujer, deben considerar valores según los límites de los percentiles $< 5$ , $> 90$ , y de $\leq$ y $\geq 2.5$ desviaciones estándar	A

	Recomendación	Grado de evidencia
III	Evaluación, atención y seguimiento metabólico-nutricional del paciente hospitalizado	
17	Consultar el ajuste por los cocientes respectivos de estatura y los límites de seguridad (5 y 95 percentil) de nuestra referencia autóctona, estratificados mediante el IMC y la DMO de al menos un sitio anatómico (siempre que se disponga de esta técnica), para el registro inicial, la notificación estadística, y el respectivo seguimiento, en la práctica clínica de la atención (primaria/secundaria/terciaria) de salud, o encuestas poblaciones	A
18	Los criterios de riesgo para identificar, notificar y dar seguimiento al estado metabólico-nutricional del paciente en los estadios pre- y post-quirúrgico deben considerar los límites de los percentiles < 5, 90, y 95; y las 2.5 desviaciones estándar a la derecha (por encima) e izquierda (por debajo) de los valores promedio de los marcadores de composición corporal y/o densidad ósea de la población cubana evaluada, que constituyen los límites autóctonos de referencia	A
19	<u>Para mejorar la exactitud del diagnóstico de la composición corporal relativa:</u> Utilizar, siempre que sea posible, la masa magra esperada para el valor especificado de IMC, considerando, además, el efecto deseable sobre la normalización de estas variables	B
20	El cociente Concentración mineral ósea/Masa magra puede ser considerado como un indicador de reserva mineral para el diagnóstico y el seguimiento de aquellos casos presuntivos de osteoporosis o enfermedades metabólico-nutricionales.	