

Factores socioeconómicos asociados con la Desnutrición del adulto mayor que acude a la consulta externa del Hospital Carlos Andrade Marín de Quito

¹Diego Fernando Calderón Masón, ²Gabriela Fernanda Calderón Suasnavas

¹Hospital Carlos Andrade Marín – Ginecólogo Obstetra - Mg. Gestión de Desarrollo Social

²Ministerio de Salud Pública – Médica Auditora MSP – Mg. Gerencia en Salud

Enviado: 23-03-2016 | Aceptado: 01-08-2016

Resumen

Introducción: El proceso de envejecimiento fisiológico acarrea varios problemas al adulto mayor, uno de ellos, la desnutrición. Los factores socioeconómicos influyen de manera directa en la calidad y cantidad de alimentos que este grupo de población ingiere. El estudio intenta establecer esta relación.

Materiales y métodos: Adultos mayores que acudieron a la consulta externa de Geriatria del Hospital Carlos Andrade Marín y fueron diagnosticados de desnutrición por el Índice de Masa Corporal. Se realizó encuesta de factores socioeconómicos mediante Escala de Gijón y otras variables sociodemográficas.

Resultados: La prevalencia de desnutrición fue del 4%. Se encontró una relación significativa con la edad, ingresos mensuales y apoyo de la red social. La escala de Gijón completa no se relacionó de manera significativa con la desnutrición.

Discusión: Sexo femenino, bajos ingresos económicos y la falta de apoyo social se relacionaron con la desnutrición del adulto mayor. Otros factores no se pudieron valorar por las características propias de la población estudiada.

Palabras clave: Desnutrición, adulto mayor

Abstract

Introduction: The aging process brings several physiological problems to the elderly, one of them is malnutrition. Socioeconomic factors have a direct impact on the quality of nutrition this population receive. This study sought to establish this relationship

Methods: Seniors who attended the Geriatrics' clinic at Carlos Andrade Marín Hospital and were diagnosed of malnutrition using the Body Mass Index. Socioeconomic factors were assessed with the Gijon Scale.

Results: The prevalence of malnutrition was 4%. Statistically significant association was shown with the following variables: age, income per month and social family support. The full Gijon Scale was not associated with malnutrition.

Discussion: Female condition, lower income and lack of social support were associated with malnutrition in the elderly. Other factors were not measurable due to the characteristics of the study population.

Keywords: Malnutrition, elderly.

Introducción

La población de adultos mayores, concebidos como tales, las personas mayores de 65 años, ha aumentado a nivel mundial, esto se refleja en el aumento de la esperanza de vida, la cual, para el Ecuador está en 76.19 años. En las mujeres 79.1 años y hombres 73.3 años. Cabe mencionar que la esperanza de vida al nacer en 1960 fue de 53 años para toda la población¹. Con una población de adultos mayores en ascenso (7% de la población actualmente), los países a nivel mundial han tomado medidas para mejorar la calidad de vida de este segmento de población, la Declaración de Brasilia, firmada en diciembre de 2007, es un ejemplo para Latinoamérica².

El aumento del tiempo de vida debería ir de la mano del aumento de la calidad de vida. El adulto mayor, por el proceso de envejecimiento fisiológico, es más propenso a padecer diferentes enfermedades, uno de estos procesos patológicos constituye la desnutrición, misma que en países en vías de desarrollo tiene una

elevada prevalencia. La literatura médica ha publicado diversos valores sobre la prevalencia de desnutrición en el adulto mayor, valores que van de 2% a 40%³.

Varios factores contribuyen a la desnutrición en el anciano, los factores orgánicos son materia a tratar por la Geriatria. En cuanto a factores sociales y económicos, existen muchos estudios que los han relacionado con el grado de desnutrición y los resultados han sido variados. La mayoría de estudios relacionan la desnutrición con pobreza, abandono, dependencia, depresión, situación económica, relaciones sociales limitadas y poco apoyo social. El grado de influencia de estos factores se relaciona con las características poblacionales, es mayor en áreas rurales que en urbanas, según la población estudiada.

El paciente geriátrico afiliado al seguro social en la ciudad de Quito, en su mayoría es pensionista de la seguridad social, vive en zonas urbanas y, en los últimos años, *por mandato constitucional* constituye un

grupo de atención prioritaria. Por lo tanto, justamente en las ciudades grandes es en donde más se ve el apoyo social institucional, privado o gubernamental.

La nutrición es un importante factor que contribuye a la salud y habilidad funcional en el anciano. Es conocido que la expectativa de vida ha aumentado en todo el mundo y estamos cada vez más cerca del límite de la vida del ser humano, considerado por la mayoría de autores en 120 años⁴. Se considera Desnutrición a la pérdida involuntaria de peso >4% anual o 5% semestral; Índice de Masa Corporal <18,5 kg/m², hipoalbuminemia, hipocolesterolemia⁵.

La Malnutrición en el adulto mayor es compleja y depende de la confluencia de varios factores. A medida que avanza la edad disminuye el apetito, la saciedad es precoz y disminuye la percepción sensorial. El apetito se despierta no solo por la sensación de hambre sino por el olor, sabor, textura de los alimentos, estos sentidos están disminuidos en el anciano. Además, el adulto mayor tiene mayor distensión del antro gástrico lo cual provoca sensación de saciedad de manera precoz. Con el aumento de la edad se ha visto una importante disminución de receptores opioides, lo cual provoca aumento de la ingesta de dulces y disminución de alimentos grasos. Estos receptores intervienen en la preferencia alimentaria. La insulina, que es un inhibidor del hambre, aumenta con la edad. Las hormonas sexuales también influyen en la regulación de la ingesta de alimentos, la testosterona la estimula mientras que los estrógenos la disminuyen⁶.

Merecen una consideración especial factores como el aislamiento, la pérdida de seres queridos, sobre todo de familiares que ordinariamente se ocupaban de la organización de las comidas en la familia (esposa(o)), la pobreza, las dificultades para comprar y preparar la comida, falta de cultura nutricional, cambios de alimentación cuando los ancianos son trasladados a diferentes residencias.

En nuestro país es frecuente que el anciano sea cabeza de hogar y sus ingresos resultan insuficientes. La mayoría de las veces el origen de la malnutrición es múltiple, se combinan las causas médicas con los factores socio económicos, aislamiento, alteraciones funcionales, trastornos mentales y polifarmacia. La pobreza es el común denominador en nuestro medio.

En el estudio, la condición socioeconómica fue analizada mediante la Escala de Gijón, que valora la situación socio familiar del anciano para detectar el riesgo social. Valora cinco áreas: situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de las redes sociales; la situación óptima recibe la puntuación de 1 y la peor de 5. El riesgo social se califica como sigue:

5 - 9	Buena, aceptable condición social
10 - 14	Existe riesgo social
> 15	Problema social ⁷

El estudio se realizó para llenar los vacíos de conocimiento del perfil socio económico de los adultos mayores, con derecho a la atención en el seguro social que padecen desnutrición, su prevalencia y a establecer la relación que pueda existir entre ellos. Solo con un adecuado conocimiento de la realidad se podrá intervenir de manera adecuada para transformarla.

Materiales y métodos

Estudio observacional, descriptivo. El universo estuvo constituido por todas las personas mayores de 65 años que acudieron a la consulta externa de Geriátrica, unidad del servicio de Medicina Interna del Hospital Carlos Andrade Marín por cualquier motivo en el 2013.

La muestra, de tipo no probabilística fue de 85 pacientes con desnutrición diagnosticada por IMC menor de 18.5 kg/m², sin enfermedades terminales y que accedieron a responder a la encuesta. (criterio de inclusión).

La variable dependiente fue el grado de desnutrición y las independientes: Condiciones socioeconómicas.

La recolección de datos se realizó mediante encuesta elaborada aplicada a pacientes con diagnóstico de desnutrición diagnosticada por IMC que fueron identificados mediante revisión de historias clínicas con atenciones durante el año 2013 en el sistema informático que utiliza el Hospital. Se utilizó Microsoft Excel y SPSS versión 20 en español para la estadística descriptiva, variables demográficas, etc. Las variables categóricas fueron representadas con frecuencias y proporciones y las cuantitativas con medidas de tendencia central y dispersión

Se aplicó la prueba de chi cuadrado sobre bondad de ajuste, para establecer si la forma de distribución de las variables en la muestra se ajusta a una determinada distribución de probabilidad teórica en la población de estudio. Para las variables cuantitativas se aplicó la t de Student. En caso de variables no paramétricas se utilizó la prueba U de Mann-Withney.

Resultados

De un total de 2312 pacientes que acudieron en el año 2013 a consulta externa de Geriátrica, 93 fueron diagnosticadas de desnutrición por el IMC menor a 18.5 kg/m² y de éstos, 85 entraron al estudio. La prevalencia encontrada fue del 4 % (IC 95%: 3.9 – 4.01).

La edad de los pacientes estuvo comprendida entre 65 y 98 años de edad, con una media de 81.76 (DS), una moda de 80 años. Los valores describieron una curva normal.

Por grupos de edad, 20% fueron adultos mayores maduros, 43.53% adultos mayores y 36.47% fueron ancianos.

Hubo predominio de personas de sexo femenino, 67% (M=57, H=28), residentes en el área urbana (79%) y apenas 21% vivían en el área rural. Más de la mitad de los pacientes tenían instrucción primaria, 51.8%; educación secundaria 41.2% y superior apenas el 7.1%. Un buen porcentaje eran viudos (56%), casados 28%, divorciados 12% y solteros 4%.

Las variables cuantitativas se resumen de la siguiente manera (**Tabla 1**)

Tabla 1. Estadísticos de Variables Cuantitativas

Estadístico	Peso	Talla	Escala social de gijón	IMC
N= 85	85	85	85	85
Media	40.89	1.55	12.07	17
Desv. Típica	3.5	0.08	2.59	0.98

Mediana	41	1.54	13	17.1
Mínimo	31	1.33	5	14.53
Máximo	52	1.74	17	18,47

Fuente y elaboración: Los autores

El peso tuvo valores entre 31 y 52 kilogramos, con una media de 41 kg y la moda de 40 kg. La desviación estándar es de 3.5 (valor que refleja lo que se alejan los datos de la media).

La talla tuvo valores extremos de 1.33 y 1.74 cm, con media de 1.54 y moda de 1.52. La desviación estándar fue de 0.08.

La escala de Gijón, utilizada para valorar la condición social del adulto mayor, tuvo valores extremos entre 5 y 17, la media fue de 12 y la moda de 13. La desviación típica en este caso fue de 2.6.

El IMC tuvo un máximo de 18.5 y un mínimo de 14.5, con una media de 17, una moda de 17 y una desviación estándar de 1. Todos los casos de variables numéricas describen una curva normal, pues los valores de media, mediana y moda son muy cercanos.

En cuanto al grado de desnutrición diagnosticado por el Índice de Masa Corporal, el 56% tuvo desnutrición leve (IMC 17-18,5), 21% desnutrición moderada (IMC 16-16,9) y 22% desnutrición severa (IMC <16).

Valoración socio familiar

El uso de la Escala Socio Familiar de Gijón fue el eje de la investigación. Para el caso de los ingresos económicos se ha tomado como RMU (remuneración mínima unificada) al valor de la pensión jubilar mínima que asciende a \$146 mensuales, lo cual refleja que los pacientes, en general, tienen ingresos bajos. **Figura 1.**

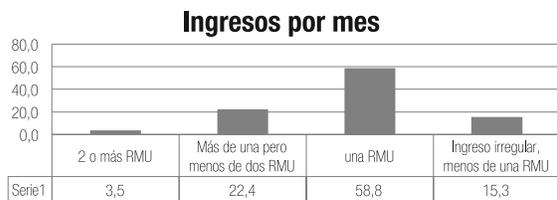


Figura 1. Proporción de Ingresos por Mes

Fuente: Hoja de trabajo (encuesta)

Elaborado por: Los autores

En cuanto a la situación familiar, el 61% vive en condiciones de riesgo: **Figura 2.**



Figura 2. Situación Familiar

Las condiciones de la vivienda en que habitan revelaron que el 67%, es decir, la mayoría de pacientes, habita en viviendas con barreras arquitectónicas, inadecuadas para personas de la tercera edad. **Figura 3.**

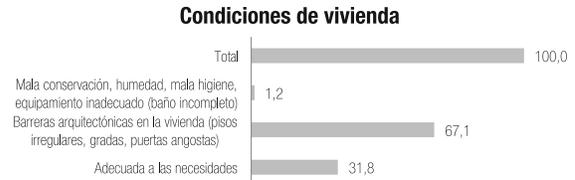


Figura 3. Condiciones de la vivienda

El 39% de pacientes mantiene relaciones sociales solo con la familia, el 31% con la familia y vecinos, un 21% mantiene relaciones con la comunidad y un 9% no sale del domicilio, pero recibe visitas de la familia. Un total de 48% tienen situación de riesgo en cuanto a relaciones sociales.

Se considera apoyo de los gobiernos autónomos municipales, ONGs, seguro social, clubes, vivienda, entre otros. Un 58% de pacientes tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social. Apenas un 21% no necesita apoyo y vive en condiciones óptimas y otro 21% necesita apoyo familiar y vecinal. Un total de 79% necesita de apoyo y es importante la intervención directa sobre estos pacientes.

La escala de Gijón asocia los cinco parámetros anteriores y considera, de acuerdo al puntaje, las siguientes situaciones: buena situación, riesgo social y problema social. **Figura 4.**

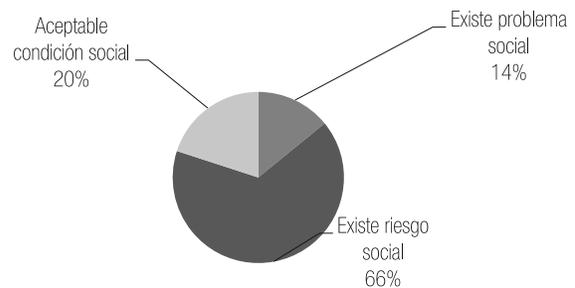


Figura 4. Condición Social, según la Escala de Gijón

Al analizar las variables estudiadas en función del grado de desnutrición obtuvimos los siguientes resultados:

Tabla 2. Análisis de variables

Variable	Grado de desnutrición			P
	Leve	Moderada	Severa	
Sexo				
Masculino	8	8	12	0.0001
Femenino	40	10	7	
Ingresos por mes				
2 o más RMU	0	2	1	0.05
Más de 1 menos de 2	14	0	5	
Una RMU	28	11	11	
Menos de 1 RMU	6	5	2	

Situación familiar				
Vive con familia sin conflicto familiar	5	2	0	
Familia con algún grado de dependencia	15	7	7	
Vive con cónyuge de similar edad	15	3	7	0.435
Vive solo y tiene hijos viven cerca	16	6	4	
Vive solo y sin hijos o viven lejos	0	0	1	
Condiciones de vivienda				
Adecuada a las necesidades	19	4	4	
Barreras arquitectónicas	29	13	15	0.156
Humedad, poca higiene	0	1	0	
Relaciones sociales				
Con la comunidad	13	2	3	
Con la familia y vecinos	18	6	2	
Con la familia	14	7	12	0.09
No sale pero recibe visitas de la familia	3	3	2	
Apoyo de la red social				
No necesita apoyo	14	3	1	
Requiere apoyo familiar y vecinal	13	0	5	0.01
Tiene seguro pero necesita mayor apoyo	21	15	13	
Condición social				
Existe problema social	5	4	3	
Existe riesgo	32	10	14	0.23
Aceptable condición social	12	3	2	

Elaborado por: *Los autores*

Se encontró un p valor menor de 0.05 en la relación entre grado de desnutrición y sexo, p valor de 0.000 (U de Mann Withney). Puede decirse que la desnutrición es mayor en mujeres que en hombres.

Los ingresos por mes también tienen un p valor de 0.05 y están en relación con el grado de desnutrición, la misma que es más frecuente en personas con menor ingreso.

El apoyo de la red social también tuvo relación con el grado de desnutrición, con un p valor de 0.01.

Discusión

La prevalencia de desnutrición en América Latina en adultos mayores que viven en la comunidad varía entre 4.6 y 18.0%⁸. El presente estudio reportó una prevalencia de 4% (IC: 3.9-4.1), valor bajo que puede deberse a que los pacientes encuestados reciben la cobertura de la seguridad social.

En un estudio realizado en pacientes que acuden a consulta del médico de familia en El Pinar Alto (Cuba), se encontró una prevalencia de desnutrición del 15%⁹. Una revisión que abarcó más de 10.000 ancianos en Europa reportó una prevalencia en el rango de 1 a 5% en la comunidad, 20% en hospitalizados y 37% en institucionalizados¹⁰. Otra revisión que incluyó 21 estudios y 14.149 ancianos reportó una prevalencia de 2%¹¹.

Los grupos más afectados fueron los del adulto mayor y del anciano. En los resultados demográficos, se debe destacar el predominio del sexo femenino, lo que concuerda con el fenómeno mundial llamado “feminización del envejecimiento”, por el cual se ve un incremento sostenido de un predominio del sexo femenino por su mayor longevidad.

En el presente estudio no se puede hacer un análisis objetivo de la condición de vida en el área rural y la desnutrición, por cuanto la mayor parte de personas que vinieron al HCAM fueron personas de áreas rurales cercanas a Quito, cuyas condiciones no son precarias¹³. Esto no acontece en otras regiones. El estado civil más frecuente fue la viudez, esto está en relación con la mayor longevidad femenina y a mayor edad del paciente mayor porcentaje de viudez, tal como lo reporta la encuesta SABE¹⁴. En un estudio de prevalencia de desnutrición realizado en la ciudad de Cuenca, se observó mayor prevalencia en mujeres (77.2%) y en solteros (65%), probablemente porque el estudio se realizó en pacientes institucionalizados, donde los ancianos no tienen cónyuges y a veces tampoco hijos que los cuiden¹⁵. La desnutrición no tuvo relación con el nivel de instrucción sino con el nivel de ingresos. La variable ingresos económicos, al ser una población con pensión jubilar, lo que valoró es el nivel de ingresos y apenas el 15% tuvo ingresos menores a una pensión mínima, entre estos pacientes estaban aquellas personas que se beneficiaban de montepío pues reciben un porcentaje de la pensión total que recibía el jubilado.

Al comparar la desnutrición y el sexo, el mayor riesgo lo tuvo el sexo femenino, resultado significativo y que guarda relación con estudios realizados en México y Noruega¹⁹.

La relación entre desnutrición y el poco apoyo de la red social se estableció en términos significativos (p=0.01), con lo cual se puede ver que a pesar de las “ventajas” de nuestra población de afiliados, la deuda social especialmente del IESS persiste.

La utilización de la escala de Gijón para evaluar la condición socio familiar que agrupa las cinco últimas variables no obtuvo valores significativos (p=0.23). Si bien el mayor porcentaje de pacientes estuvo en riesgo social (66%), sólo el 14% tuvo problemas sociales. En general, los datos de desnutrición son elevados en pacientes institucionalizados y lo mismo puede decirse de la escala socio familiar y la depresión²². La mayoría de estudios corroboran estos datos.

Cabe en este momento destacar que el consumo cualitativo y cuantitativo de alimentos disminuye con la edad, como se demostró en el estudio SENECA en edades comprendidas entre 71 y 80 años, donde se observaron altos porcentajes de personas que no cumplían las ingestas mínimas recomendadas²³. Este es otro factor que explica en parte la malnutrición del adulto mayor.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses por parte de ninguno de los autores.

Fuente de financiamiento

Personal

Referencias

1. Datos macro. (2012). www.datosmacro.com/demografía/esperanza-vida/ecuador. Recuperado el 17 de mayo de 2014
2. CEPAL. (6 de diciembre de 2007). *Segunda conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos. Declaración de Brasilia*. Brasilia, Brasil. Pag. 1-10
3. Gutiérrez Reyes, J. G., Serralde Zúñiga, A., & Guevara Cruz, M. (noviembre-diciembre de 2007). Prevalencia de Desnutrición del Adulto Mayor al ingreso hospitalario. *Nutrición Hospitalaria*, 22(6), 702-709.
4. Penny Montenegro, E., & Melgar Cuéllar, F. (2012). *Geriatría y Gerontología para el médico internista (Primera ed.)*. Bolivia: Grupo Editorial La Hoguera. Pag. 37-51.
5. Macías Montero, M. C., Guerrero Díaz, M. T., Prado Esteban, F., Hernández Jiménez, M. V., & Muñoz Pascual, A. (2006). Malnutrición. En S. E. Gerontología, *Tratado de Geriatría para Residentes* (pág. 227). Madrid: International marketing and communication SA.
6. Gómez Candela, C., & Reuss Fernández, J. M. (2004). *Manual de recomendaciones nutricionales en pacientes geriátricos*. Madrid, España: Editores Médicos SA. Pag. 36-37
7. Álvarez Yáñez P, Martínez Padilla D (2008). *Guías Clínicas geronto-geriátricas en atención primaria*. Ministerio de Salud Pública Ecuador. Anexo 8, pag. 170.
8. Franco Álvarez, N., Ávila Funes, J. A., Ruiz Arreguá, L., & Gutiérrez Robledo, L. (Diciembre de 2007). Determinantes del riesgo de desnutrición en los adultos mayores en la comunidad: análisis secundario del estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(6).
9. Hernández Rodríguez, Y., & Linares Guerra, E. M. (2010). Estado nutricional del adulto mayor en un área de salud de la ciudad de Pinar del Río. Cuba. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, 20(1), 57-71.
10. Guigoz, Y., Lauque, S., & Bellas, B. (2002). Identifying the elderly at risk for malnutrition. *The Mini Nutritional Assessment*. *Clin Geriatr Med*, 18(4), 737-757.
11. Guigos Y. (2006). The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature--What does tell us? *J Nutr Health Aging*, 10(6), 466-485.
12. Huenchuan S (2009). CEPAL. *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*. Santiago de Chile: Editorial de las Naciones Unidas. Pag. 66-68
13. Waters WF, Gallegos CA (2011). *Salud y bienestar del adulto mayor indígena. Investigación cualitativa auspiciada por OPS y USFQ*. Pag. 9-13
14. Freire, W. (2010). *SABE, encuesta de salud, bienestar y envejecimiento. Presentación de resultados*. Quito. Pag. 11-19
15. Encalada, L., & Bustamante, L. (2007). Prevalencia y factores asociados a malnutrición en adultos mayores institucionalizados, Cuenca-Ecuador. Pag. 35-38.
16. Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2012). *Avance en el cumplimiento de los derechos de las personas adultas mayores*. En *Informe de país*. Quito. Pag. 6
17. Velásquez Alva, M. D. (2011). Desnutrición en los adultos mayores: la importancia de su evaluación y apoyo nutricional. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 12(2).
18. Pérez Cruz, E., Lizárraga Sánchez, D., & Martínez Estévez, M. (2014). Asociación entre Desnutrición y Depresión en el adulto mayor. En: *Nutrición Hospitalaria*, 29(4) p901-906. México
19. Kvamme, J.-M., Olsen, J. A., Florholmen, J., & Jacobsen, B. (2011). Risk of malnutrition and health-related quality of life in community-living elderly men and woman: The Tromso study. *Quality of life research*, 20(4), 575-582
20. Contreras, A. L, Angel Mayo G. V, Romani DA, Et al. (2013). Malnutrición del adulto mayor y factores asociados en el distrito de Massma Cicche, Junín, Perú. *Revista Médica Herediana*, 24(3), 186-191
21. Peláez V, Torres VE, Acosta RA, Massobrio E (2010). Ingreso de los hogares y estado nutricional de adultos en una ciudad intermedia del interior de Argentina. En: *Población y Salud en Mesoamérica* 7(2) p 1-16, versión electrónica Costa Rica
22. Noriega Díaz, J. H. (2010). Factores determinantes del estado nutricional deficitario del adulto mayor institucionalizado. *Guatemala*. Pag. 40-43
23. Del Pozo S, Cuadrado C, & Moreiras O. (2003). Cambios con la edad en la ingesta dietética de personas de edad avanzada: Estudio Euronut - Seneca. *Nutr Hosp*, 348-52.