

PREVALENCIA DE RIESGO NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES DE UNA COMUNA DE CARTAGENA, COLOMBIA

PREVALENCE OF NUTRITIONAL RISK AMONG OLDER ADULTS IN NEIGHBORHOODS
OF CARTAGENA, COLOMBIA

Irma Yolanda Castillo (1)

(1) Enfermera, Especialista en Gerencia en Salud y Magistra en Salud Pública, Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena.

Correspondencia: Facultad de Enfermería, Campus de la Salud, Universidad de Cartagena, Zaragocilla, Cartagena, Colombia.

Correo electrónico: ircastilloavila@yahoo.es

Recibido: 07-12-2008, Revisado: 13-12-2008, Aceptado: 16-12-2008.

Resumen

Contexto: El aumento progresivo de la proporción de adultos mayores en la población colombiana representa un desafío para las políticas de salud en todos los niveles de atención. En general, en adultos mayores se observan prevalencias elevadas de enfermedades crónicas, consumo de diversos fármacos y sedentarismo. Estos factores pueden alterar el estado de nutricional. En Cartagena no se encontraron estudios para establecer el nivel de riesgo nutricional de los adultos mayores.

Objetivo: Determinar la prevalencia de riesgo nutricional en adultos mayores de una comuna en Cartagena, Colombia.

Método: Se realizó un estudio descriptivo para estimar la prevalencia de riesgo nutricional en adultos mayores, para lo que se utilizó el cuestionario de la Iniciativa para Tamizaje Nutricional (Nutrition Screening Initiative, NSI).

Resultados: Participaron 421 adultos mayores, la media para la edad fue 72,5 años (DE=7,1) y 58,4% eran mujeres. Se observó riesgo nutricional global en el 57,9% (IC95% 53,2-62,6) de los evaluados.

Conclusiones: Es alto el riesgo nutricional en adultos mayores de esta comuna de Cartagena, Colombia. Se recomienda utilizar en forma rutinaria y sistemática el tamizaje para riesgo nutricional en adultos mayores de la ciudad.

Palabras claves: Riesgo nutricional; Prevalencia; Adulto mayor; Estudio descriptivo.

Castillo IY. Prevalencia de riesgo nutricional en adultos mayores de una comuna de Cartagena, Colombia. Arch Salud 2008; 3:47-51.

Summary

Background: The progressive increasing in the proportion of older adults in the Colombian population represents a challenge for health policies at all levels of care. In general, older adults present high prevalences of chronic diseases, consumption of various drugs and sedentary. These factors can alter the state of nutrition. In Cartagena, it founds no studies to establish the level of nutritional risk of older adults.

Objective: To determine the prevalence of nutritional risk among older adults in a neighborhood of Cartagena, Colombia.

Method: It was realized a descriptive study to estimate the prevalence of nutritional risk, using the questionnaire of the Nutrition Screening Initiative (NSI).

Results: A total of 421 older adults participated in this survey. The mean age was 72.5 years (SD=7.1) and 58.4% were females. The global nutritional risk was observed in 57.9% (IC 95% 53.2-62.6) of those evaluated.

Conclusions: A high percent of older adults in these neighborhoods present nutritional risk. It is recommended to use as a routine and systematic screening to assess nutritional risk in older population of this Colombian city.

Key words: Nutritional Risk; Prevalence; Older Adults; Descriptive study.

Castillo IY. Prevalence of nutritional risk among older adults in neighborhoods of Cartagena, Colombia. Arch Health 2008; 3: 47-51.

Introducción

El proceso de envejecimiento de la población es un fenómeno mundial y trascendental desde el punto de vista demográfico, económico y social. Actualmente, en Sudamérica el 8% de la población es mayor de 65 años y se estima que en el año 2025 este porcentaje alcanzará el 23% (1).

Por su parte, Colombia es uno de los países de América Latina con transformaciones más intensas en la estructura poblacional como consecuencia de un acelerado proceso de transición demográfica. Del total de la población adulta mayor, el 63,1% se concentra en Boyacá, Tolima, Bogotá, Cundinamarca, Caldas, Antioquia, Valle del Cauca, Quindío, Santander, Atlántico y Bolívar (2).

Este aumento progresivo de la proporción de adultos mayores en la población colombiana representa un desafío para las políticas y los recursos relacionados con el desarrollo, la calidad de vida, el cumplimiento de derechos y la inclusión social (3, 4). Además, por las implicaciones que tiene el envejecimiento sobre la nutrición, la salud,

la generación de ingresos y los servicios sociales ofertados al adulto mayor (5, 6).

En especial la edad se acompaña de circunstancias fisiológicas, económicas y sociales que contribuyen a afectar de manera adversa el estado nutricional de la población adulta mayor (7, 8). Por lo general, en adultos mayores se observan prevalencias elevadas de enfermedades crónicas, el consumo de diversos fármacos y muchos tienen una vida sedentaria. Todos estos factores contribuyen a alterar el estado de nutrición de este grupo de edad (9, 10).

En Colombia, para las personas mayores de 60 años las enfermedades nutricionales representan el 19% de las causas de morbilidad. La nutrición deficiente se agrava por la pobreza, el aislamiento, la mala distribución de los alimentos al interior de los hogares e, inclusive, por los problemas dentales que enfrentan esta población (4). Por lo tanto, la valoración del riesgo nutricional constituye el primer escalón del tratamiento nutricional de esta población (11).

Gran parte de los métodos de valoración del riesgo nutricional existentes no distinguen entre adultos y adultos mayores, por lo cual, es posible que los ancianos en riesgo nutricional se detecten en forma tardía y no se puedan prevenir las complicaciones derivadas de una alteración nutricional (12).

La Sociedad Europea de Nutrición Enteral y Parenteral (ESPEN) propone la realización de un tamizaje nutricional que permita predecir la evolución en función de unos parámetros nutricionales (13-15). La determinación de la existencia de riesgo de malnutrición que permita una intervención precoz ayuda a clasificar a los individuos de acuerdo al riesgo y a realizar en ellos, reevaluaciones periódicas, o instaurar un proceso de valoración o soporte nutricional específico (12).

La capacidad para identificar con exactitud a los adultos mayores en riesgo nutricional y determinar las estrategias de intervención que conduzcan a una mejoría del estado de salud son objetivos que se tienen en cuenta a la hora de seleccionar

instrumentos para la valoración nutricional (13, 16). Una de las escalas más sencillas propuesta para la aplicación en población adulta mayor ambulatoria es el cuestionario: "Conozca su salud nutricional" ("Determine your nutritional Health"), un formulario de valoración que desarrolló y distribuye la Iniciativa de Tamizaje Nutricional (Nutritional Screening Initiative, NSI) que comenzó a difundirse en 1990 en respuesta a los objetivos del programa Healthy People 2000 y que en la actualidad los equipos de atención primaria en Estados Unidos utilizan de forma generalizada (17, 18).

No se encontraron estudios que informen el nivel de riesgo nutricional de los adultos mayores residentes en Cartagena, Colombia, y por ser este un aspecto importante desde el punto de vista de salud pública, este estudio se propuso determinar la prevalencia de riesgo nutricional en adultos mayores de una comuna en Cartagena, Colombia.

Método

Se diseñó un estudio descriptivo que aprobó el Comité de Ética de la Universidad de Cartagena, Colombia. Todos los participantes dieron consentimiento informado.

La población la constituían 2.098 adultos mayores habitantes de la comuna 9, Localidad 1 de Cartagena. Esta comuna la conforman 21 barrios se ubica en la zona centro de la ciudad. La muestra se estimó en 421 adultos mayores (riesgo nutricional del 12%, margen de error de 3%, nivel de significancia de 95%). Se realizó un muestreo probabilístico bietápico (estratificado y aleatorio simple) y se seleccionaron 86 manzanas de manera aleatoria para conseguir el grupo muestral. Se excluyeron adultos mayores institucionalizados o de hogares geriátricos y aquellos con limitaciones en el habla y en el estado mental o cognoscitivo.

Un grupo de enfermeras durante un mes recolectó la información. Se aplicaron encuesta casa a casa en las manzanas seleccionadas que incluía preguntas para indagar sobre las características demográficas y el cuestionario de la NSI (15, 19).

Este cuestionario para tamizaje de riesgo nutricional contiene diez preguntas sobre la

cantidad y el tipo de ingesta, las limitaciones para la compra o preparación de los alimentos e incluye el consumo de medicamentos y la presencia de ganancia o pérdida involuntaria de peso en el tiempo. La puntuación obtenida permite cuantificar el riesgo nutricional como: alto cuando el resultado de la evaluación es mayor de 6, medio si el resultado es de 3 a 5, y bajo si la puntuación va de 0 a 2 (15, 19).

La información que se recolectó se manejó en forma descriptiva mediante el cálculo de frecuencias, porcentajes, medias, desviación estándar e intervalo de confianza del 95% (IC95%). Todas las estimaciones se realizaron en el programa Excel.

Resultados

Participaron 421 adultos mayores entre 65 y 102 años, con una media de 72,5 años (DE=7,1); distribuidos según sexo, 246 (58,4%) mujeres y 175 (41,6%) hombres. Un total de 299 (71%) alcanzaron primaria o primaria incompleta y 122 (29%), escolaridad mayor; 225 (53,4%) tenían pareja estable y 196 (46,6%), eran solteros, separados o viudos; 240 (57,0%) residían en estratos bajos (I y II) y 181 (43,0%), en estrato medio; 321 (76,2%) percibían ingresos inferiores a un salario mínimo y 100 (23,8%), mayor al mínimo; y 332 (78,9%) tenía algún tipo de afiliación al sistema de seguridad social en salud.

Un total de 244 adultos mayores (57,9%) presentaba riesgo nutricional global, distribuidos así: 177 (42%) sin riesgo; 182 (43%), riesgo moderado; y 62 (15%), riesgo alto. La consistencia interna del cuestionario fue 0,195.

Discusión

En el presente estudio se observa que aproximadamente el 60% de los adultos mayores presenta riesgo nutricional moderado o alto. Existen pocos estudios que informen riesgo nutricional con el uso del cuestionario de la NSI (20, 21). Sin embargo, Baez et al. utilizaron este cuestionario NSI en adultos mayores de Buenos Aires, Argentina, y encontraron que el 81% de los sujetos presentaron riesgo nutricional

global. La distribución de riesgo fue distinta, ellos encontraron que el 35,8% presentó riesgo moderado y 45,2% riesgo severo; mientras que en el presente estudio se observó 43% con riesgo moderado y 15% con riesgo severo o alto (20). Sin dudas, las características demográficas y culturales de la población dan cuenta de estas diferencias.

El envejecimiento de la población Colombia es un tema relevante desde la perspectiva de la salud pública. Entre otros problemas implica la necesidad de reasignar recursos humanos en el sistema público de salud y definir programas y actividades que respondan a estos nuevos desafíos. La mayor vulnerabilidad nutricional del adulto mayor pobre es una realidad (21). Sin embargo, no está claro cuál es la mejor herramienta para identificar las personas en riesgo, de manera que puedan mejorarse las estrategias de prevención o pueda realizarse una mejor intervención. Desde el punto de vista programático es fundamental continuar el estudio del riesgo nutricional en adultos mayores y contar con mejores herramientas para una valoración válida y confiable (22).

El presente estudio presenta las limitaciones propias de un estudio descriptivo y el uso de un cuestionario que mostró consistencia interna. Sin embargo, es un aporte al conocimiento de estos problemas en esta población y el inicio para una línea de investigación.

Se concluye que un alto número de adultos mayores presenta riesgo nutricional global. Se recomienda la utilización en forma rutinaria y sistemática de tamizaje de riesgo nutricional para evaluar a los adultos mayores de esta ciudad, en especial en los estratos bajos de la población.

Referencias

1. Agudelo C, Carlos A. Conferencia Enfermedades en Colombia Instituto de Salud en el Trópico Departamento de Salud Pública y Tropical Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia; 2000.
2. DANE. Censo general 2005. República de Colombia. Población Adulta mayor. www.dane.gov.co. (Fecha de acceso: mayo 20 de 2008).
3. Ministerio de la Protección Social, Fundación Saldarriaga Concha. Diagnóstico de los adultos mayores en Colombia. Bogotá: Mimeo; 2007.
4. Ribera JM. La salud como problema en los ancianos. En: Ribera JM, Gil P. Atención al anciano en el medio sanitario. Madrid: Edimsa; 1998: 11-24.
5. Ministerio de la Protección Social. Diagnostico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia, 2007. www.minproteccionsocial.gov.co. (Fecha de acceso 15 de Noviembre de 2008).
6. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Diagnóstico de la Situación de Salud de Antioquia. Rev Epidemiol Antioquia 2000; 25: 1-233.
7. Drownowski A, Warren-Mears VA. Does aging change requirements? J Nutr Health Aging 2001; 5: 70-4.
8. Peña M. Recursos humanos y el adulto mayor. Organización Mundial de la Salud; 2005. www.per.ops-oms.org/discursos (Fecha de acceso 20 de noviembre de 2008).
9. Tsuji I, Minami Y, Keyl PM, Hisamichi S, Asano H, Sato M, et al. The predictive power of self-rated health, activities of daily living, and ambulatory activity for cause-specific mortality among the elderly: a three-year follow-up in urban Japan. J Am Geriatr Soc 1994; 42: 153-6.
10. Blackburn GL, Bristian BR, Maini BS. Nutrition and metabolic assessment of the hospitalized patient. En: Nutrition assessment anthology New York: ASPEN; 1991. p. 1-13.
11. Terra JA. Valoración de la malnutrición y aproximación terapéutica. En: Ribera JM, Cruz AJ. Geriatria. Madrid: IDEPSA; 1992. p. 112-8.
12. Alix E, Vetel JM. Epidemiologie de la denutrition chez les personnes agees. LíAnne Gerontologie 1992; 191-200.
13. Fishman P. Detecting malnutritions warning signs with simple screening tools. Geriatrics 1994; 49: 39-45.

14. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Grupo Ciclo de Vida. Lineamientos técnicos para la ejecución de proyectos, territoriales de atención integral del adulto mayor, 2007. www.minproteccion-social.gov.co (Fecha de acceso: julio de 2007).
 15. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vella B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr* 2003; 22: 415-21.
 16. Anía BJ. Situación funcional de los ancianos en Canarias - 1994. Las Palmas: G.C. Servicio Canario de Salud; 1995.
 17. Anía Lafuente BJ. Evaluación multidimensional de los residentes en Centros de Crónicos de la Seguridad Social de la isla de Gran Canaria. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna; 1989.
 18. Furner SE, Rudberg MA, Cassel CK. Medical conditions differentially affect the development of IADL disability: implications for medical care and research. *Gerontol* 1995; 35: 444-50.
 19. Iraizoz I. Valoración nutricional y mental en el anciano. Servicio de Geriátrica. Hospital de Navarra. Pamplona. www.elpracticante.galeon.com (Fecha de acceso 10 de Noviembre de 2008).
 20. Báez LM, Cavaciocchi MA, Qvarnström MP. Residencia de nutrición del Hospital de Clínicas José de San Martín, Servicio de Alimentación y Dietética. Prevalencia de riesgo nutricional en adultos mayores de 50 años de edad. *Nutrar, Prevención y salud plena*. www.nutrar.com (Fecha de acceso 20 de noviembre de 2008).
 21. Urteaga C, Ramos RI, Atalah E. Validación del criterio de evaluación nutricional global del adulto mayor. *Rev Med Chile* 2001; 29: 871-6.
 22. Stevens J. Impacto de la edad en la asociación entre el peso corporal y mortalidad. *Nutrition Rev* 2000; 1: 17-25 (en español).
-