

ESTADO DE NUTRICIÓN DEL ADULTO MAYOR EN MÉXICO

INTRODUCCIÓN

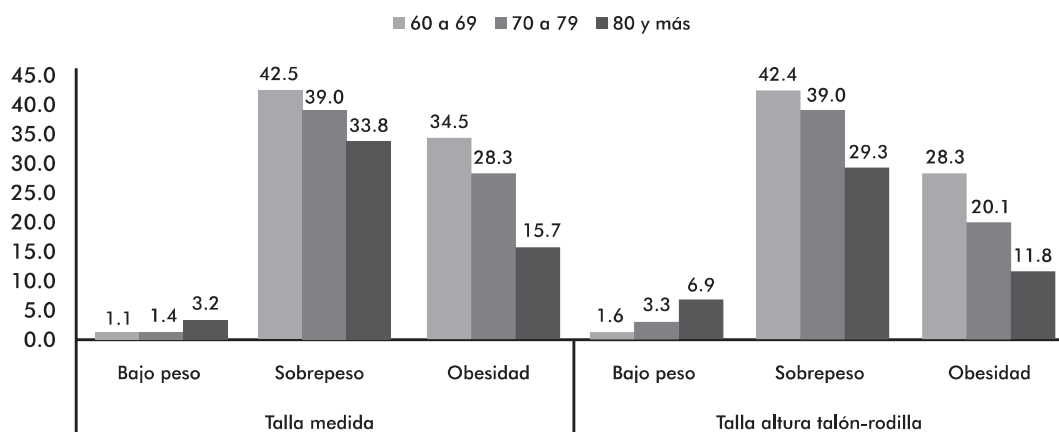
La proporción de adultos mayores de 60 años de edad y más (AM) de la población mexicana ha aumentado durante las últimas décadas (envejecimiento poblacional). Las condiciones de vida y de salud de este segmento son afectadas por las dependencias social y económica. Dado que el envejecimiento poblacional es un fenómeno reciente, el fundamento científico sobre este proceso es limitado, así como sobre la prevalencia del envejecimiento patológico y el papel de la mala nutrición en su génesis. Las políticas públicas dirigidas a mejorar las condiciones de salud y calidad de vida requieren ser enunciadas y fortalecidas. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012)¹ es la primera realizada en una muestra representativa del ámbito nacional de AM en México. En este informe se presentan los resultados más relevantes para la construcción de una política pública que promueva mejor nutrición y calidad de vida del AM.

RESULTADOS

La ENSANUT 2012 obtuvo información de AM de 60 años y más –que corresponden al 9.7%

del total de la población–; 53.5% de la muestra pertenecía al sexo femenino; 24.4% y 19.4%, respectivamente, se ubicaron en niveles de condiciones de bienestar (ICB) bajo y muy bajo; 23% habita en zonas rurales. Para evaluar el estado de nutrición de los AM se obtuvo información válida de –una vez expandida la muestra– 10'927.031. Se presentan resultados sobre el índice de masa corporal (IMC) indicativos de grasa corporal (energía) y masa muscular, principalmente. En el AM la estatura se ajusta por la altura de la rodilla, medida por primera vez, debido a la disminución de la talla por efecto de la edad (corrección de la estatura para la población mexicana).³ El IMC se analizó según criterios de la OMS:² < 18.5 indica desnutrición y su prevalencia aumenta con la edad (6.9% en 80 y más). Las prevalencias de sobrepeso y obesidad (IMC 25.0 a 29.9 y 30+, respectivamente) fueron 42.4% y 28.3% en sujetos de 60 a 69 años, las cuales disminuyen conforme avanza la edad. Los porcentajes fueron mayores en mujeres, en sujetos con ICB alto y en población urbana. La figura 1 muestra el IMC según la OMS, con y sin la corrección.

Figura 1. Distribución porcentual del IMC en adultos mayores de acuerdo con los criterios de la OMS* con y sin la corrección de la estatura para la población mexicana por décadas de edad.

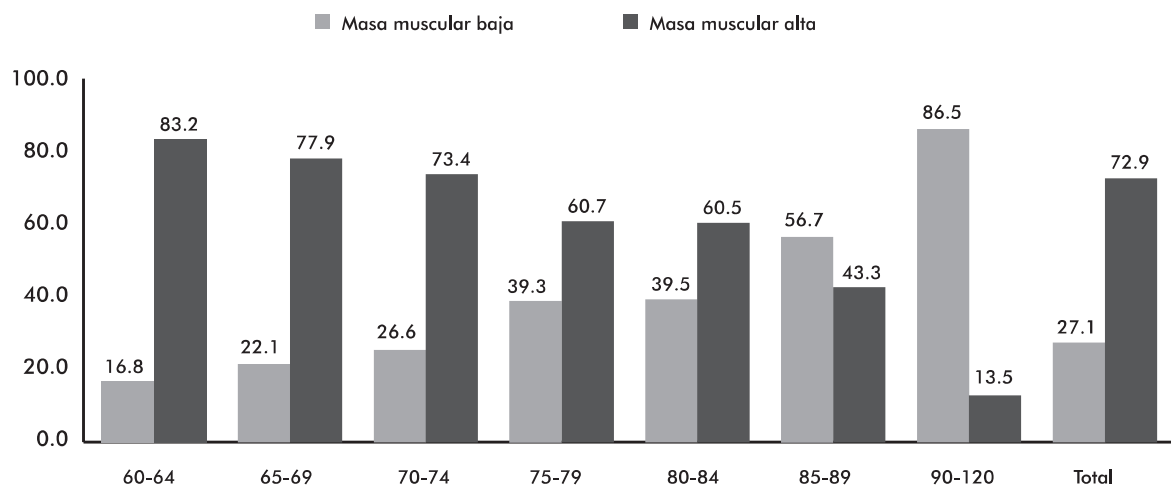


*Clasificación OMS: Desnutrición (<18.5 kg/m²), IMC normal (18.5 a 24.9 kg/m²), sobrepeso (25.0 a 29.9 kg/m²), y obesidad (≥30.0 kg/m²). Fuente: ENSANUT, 2012.

La masa muscular (MM)⁴ disminuye por desnutrición, sedentarismo y por enfermedades agregadas; se estima por la circunferencia de pantorrilla (medida por primera vez en ENSANUT 2012).

La MM baja fue de 16.8% de 60 a 65 años, aumentó a 40% después de los 75 años (figura 2), fue más prevalente en mujeres, en sujetos de ISE bajo y muy bajo y en la población rural.

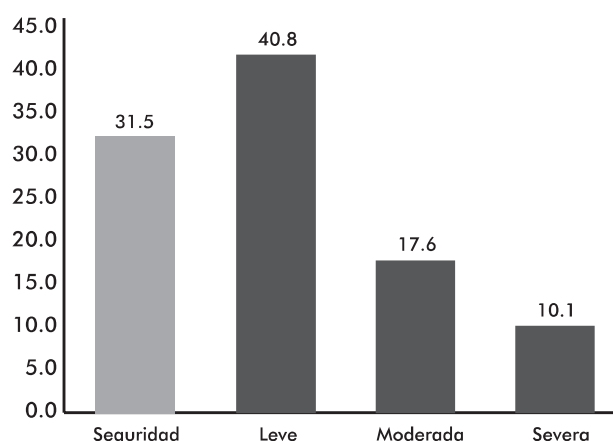
Figura 2. Prevalencia de masa muscular en adultos mayores por quinquenios de edad, ENSANUT 2012.



Fuente: ENSANUT, 2012.

Para clasificar la inseguridad alimentaria se utilizó la Escala Latinoamericana y del Caribe de Seguridad Alimentaria (ELCSA).⁵ En el ámbito nacional, casi uno de cada tres hogares (27.7%) en donde habitan adultos mayores presentó inseguridad alimentaria moderada o severa, equivalente a 2'976.533 personas pertenecientes a este grupo etario. La respuesta implica que en los tres meses previos a la fecha de la entrevista, en su hogar tuvieron que disminuir la cantidad de alimentos consumidos, o experimentaron hambre (figura 3).

Figura 3. Distribución porcentual de la inseguridad alimentaria en hogares con adultos mayores.



Fuente: ENSANUT, 2012.

RECOMENDACIONES

1. Más que la longevidad, aumentar los años con gran calidad de vida, para lo cual se deben promover políticas de autocuidado, con el firme propósito de evitar o disminuir la presencia de enfermedades o complicaciones en la edad avanzada.
2. Mantener y mejorar la capacidad de los AM para realizar actividades cotidianas, con énfasis en su autonomía y adecuada calidad de vida.
3. Prevenir y reducir la prevalencia de mala nutrición como factor de riesgo para la edad avanzada:
 - a. Desnutrición, por disminución de la ingestión de alimentos, de la actividad física y del gasto

- de energía (menor consumo de proteínas y de micronutrientes).
- b. Obesidad, por ingestión de energía mayor que los requerimientos.
- c. Comorbilidades altamente prevalentes: diabetes mellitus, hipertensión, depresión.
4. Las políticas públicas para AM deben relacionarse con la cultura de la prevención y autocuidado de la salud física, mental y socioafectiva, ligada al desarrollo de sus habilidades, para proteger su salud, mantenerla y mejorarla.

ACCIONES

1. Definir como problemas de salud y nutrición de los AM mexicanos a la desnutrición, las deficiencias específicas de macro y micronutrientes, la sarcopenia (pérdida de masa muscular asociada al envejecimiento), la anemia y la obesidad.
2. Formular normas de promoción, prevención, diagnóstico y manejo de problemas prioritarios de salud y nutrición del AM, aplicables en programas de salud de cobertura amplia:
 - a. Adoptar criterios específicos a los AM, con base en las recomendaciones de organismos internacionales, para reemplazar los generados a partir de la población adulta general.
 - b. Implementar programas de investigación para la formulación de criterios aplicables a la población mexicana de AM en sus contextos geográfico, demográfico, económico y cultural:
 - i. Para evaluar la interacción de problemas de mala nutrición con comorbilidades frecuentes, i.e. hipertensión, diabetes, depresión.
 - ii. Para el estudio de los factores de riesgo nutricio relacionados con el envejecimiento patológico.
 - c. Implementar programas de investigación para formular criterios de evaluación de la calidad de vida del AM, con énfasis en criterios de funcionalidad y autonomía.
 - d. Implementar programas de investigación para formular criterios de evaluación de la percepción de la seguridad alimentaria en hogares con AM y los factores condicionantes de la misma.
3. Incluir en el modelo de atención de primer nivel de la población adulta un módulo de atención del AM con acciones de promoción, detección y manejo de problemas de nutrición.
4. Implementar programas de capacitación del personal de salud en el primer nivel de atención para la aplicación de las normas, dirigidas a la atención de problemas de nutrición prioritarios.
5. Implementar programas de ayuda –alimentaria o de subsidio económico– focalizados a AM con riesgo elevado de desnutrición.
6. Generar acciones inmediatas para atender a

los AM que habitan en hogares con inseguridad alimentaria severa.

CONCLUSIONES

México cuenta por primera vez con información confiable, actualizada y precisa sobre el estado de nutrición de los adultos mayores, la cual debe tomarse en cuenta para la generación de políticas públicas específicas dirigidas a aquellos AM que ya padecen o están en riesgo de mala nutrición. Asimismo, esta información permite establecer acciones para el autocuidado en etapas tempranas de la vida, a fin de garantizar un futuro sano y calidad de vida en los adultos mayores, que les permita integrarse de manera productiva a las dinámicas familiar y social para hacer esta etapa de la vida confortable.

AUTORES

Pedro Arroyo Acevedo, Instituto Nacional de Geriatría
pedro.arroyo95@gmail.com

Teresa Shamah Levy, Instituto Nacional de Salud Pública
tshamah@insp.mx

Lucía Cuevas Nasu, Instituto Nacional de Salud Pública
lcuevas@insp.mx

Leticia Arcelia Cervantes Turrubiates, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”
arcelia18nov@yahoo.com.mx

Gabriela Ríos Cázares, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
gabriela_riosc@yahoo.com.mx

REFERENCIAS

1. Gutierrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernandez S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martinez M, Hernandez-Avila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, Mexico: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
2. WHO. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization, 1995.
3. Mendoza-Núñez VM, Sánchez-Rodríguez MA, Cervantes Sandoval A. Equations for predicting height for elderly Mexican-Americans are not applicable for elderly Mexicans. *Am J Human Biol* 2002;14:351-55.
4. World Health Organization. Uses and interpretation of anthropometry in the elderly for the assessment of physical status. Interim draft report of nutrition unit. Ginebra: WHO, The Subcommittee on the elderly, 1992.
5. Pérez-Escamilla R, Melgar-Quiñonez H, Nord M, Álvarez MC, Segall-Correa AM. Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA). Memorias de la 1ª Conferencia en América Latina y el Caribe sobre la medición de la seguridad alimentaria en el hogar. *Perspectivas en Nutrición Humana*. 2007;(S):117-34.