

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A MALNUTRICIÓN EN ADULTOS MAYORES INGRESADOS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA – ECUADOR, 2013.

Espinosa Espinosa Hermel Eduardo

Hospital Moreno Vásquez – Gualaceo

Correspondencia: espinossa_2@hotmail.com

Fecha de recepción:
15 de mayo de 2016

Fecha de aprobación:
03 de julio de 2016

Presentando en el Congreso en Investigación de la Salud: Enfoques, avances y desafíos. Universidad de Cuenca. Junio de 2016.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la prevalencia y factores asociados a malnutrición en adultos mayores hospitalizados en el departamento de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, 2013.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio transversal de manera aleatoria con 446 adultos mayores hospitalizados, el estado nutricional se valoró utilizando el Mini Nutritional Assessment (MNA). Los datos fueron tabulados en el programa SPSS versión 20.0 y se presentaron en gráficos y tablas. Para el análisis se utilizó la estadística descriptiva, medidas de tendencia central, la asociación estadística se midió con el OR, el intervalo de confianza al 95% y se consideró estadísticamente significativo valores de $p < 0.05$.

RESULTADOS: La prevalencia de malnutrición fue de 32.06% (IC 28 – 36), incrementándose en los mayores de 75 años de edad con un OR 1.86 (IC: 1.24 – 2.81 valor $p < 0.003$), observándose como factor de riesgo el no uso de prótesis dental OR 1.86 (IC: 1.12 – 2.51 valor $p < 0.012$) y dificultad para alimentarse OR 3.44 (IC: 2.19 – 5.42 valor $p < 0.000$).

CONCLUSIONES: La prevalencia de malnutrición en adultos mayores fue de 32.06% y está asociada al no uso de prótesis dental y a la dificultad para alimentarse como factor de riesgo. Se observó que a mayor edad existe mayor tendencia a malnutrición.

PALABRAS CLAVE: Adulto mayor, desnutrición, factores de riesgo, prevalencia, Hospital Regional Vicente Corral Moscoso,

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the prevalence and factors associated with malnutrition in older adults who were hospitalized in the Clinic Department of the Vicente Corral Moscoso Hospital in 2013.

METHODOLOGY: A cross-sectional study of 446 hospitalized elderly was performed randomly, their nutritional status was assessed using the Mini Nutritional Assessment (MNA). Data were tabulated in the SPSS version 20.0 and presented in graphs and tables. For the analysis, the descriptive statistics and measures of central tendency were used, the statistical association was measured with the OR, the confidence interval was 95%, and it was considered statistically significant at $p < 0.05$.

RESULTS: The prevalence of malnutrition was 32.06% (CI 28-36), increasing by over 75 years of age with an OR 1.86 (CI: 1.24 - 2.81 p value < 0.003), observed as a risk factor not using prosthesis dental OR 1.86 (CI: 1.12 - 2.51 p value < 0.012) and difficulty feeding OR 3.44 (CI: 2.19 - 5.42 p value < 0.000).

CONCLUSIONS: The prevalence of malnutrition in older adults was 32.06% and it is associated with the not using of dental prosthesis and feeding difficulty as a risk factor. It was observed that the older, there is a greater tendency to malnutrition.

KEYWORDS: Aged, malnutrition, risk factors, prevalence, Hospital Vicente Corral Moscoso.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la población adulta mayor crece inexorablemente, existen aproximadamente 600 millones de adultos mayores y se proyecta que para el año 2025 se duplicará y en el 2050 se cuadruplicará (1). Es verdad, la expectativa de vida aumenta, lo cual es reconfortante, pero también es cierto los cambios inmensurables que se dan al envejecer: fisiológicos, psicológicos, económicos y sociales, predisponiendo a los adultos mayores a sufrir una serie de cambios, en los que destaca la malnutrición (2,3).

Diversos estudios demuestran que la malnutrición oscila entre el 5 y 10% para aquellos adultos mayores que viven en la comunidad, 26% para hospitalizados y más del 30% quienes se encuentran ingresados en unidades de cuidados intensivos (4). Países como Colombia (5), Brasil (6) y México (1) reportan similar prevalencia del 26 al 54% de malnutrición.

En la ciudad de Cuenca, un estudio hecho por Guerrero J., en el 2012, demostró que la prevalencia de malnutrición en pacientes hospitalizados fue 25.5%, y 20.4% de la población presentó riesgo de malnutrición (7). Encalada L., en el 2007, en un estudio acerca de prevalencia y factores asociados a malnutrición en adultos mayores institucionalizados en centros geriátricos de la ciudad de Cuenca, observó que el 63% presentó malnutrición (8).

Si a esto se suman comorbilidades frecuentes en este grupo etario como: hipertensión arterial (9,10), insuficiencia cardíaca (11,12), diabetes mellitus 2 (13), polimedicación (14), ausencia de prótesis dentales (15,16), dificultad para alimentarse (17) entre otras, hace que la malnutrición esté muy extendida en la población adulta mayor y más aún en los que se encuentran hospitalizados, 30 a 60% (18).

MÉTODOS Y TÉCNICAS

El presente estudio fue de tipo transversal analítico y aleatorio en 446 pacientes de más de 65 años de edad, ingresados en el departamento de clínica del hospital Vicente Corral Moscoso, durante el 2013.

Para las medidas antropométricas se empleó

una balanza con tallímetro marca Health Inc Bridgeview Illinois, encerada de acuerdo a las escalas internacionales en Kg y en metros lineales previamente; la balanza permaneció en el departamento de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso. El peso del paciente se tomó en posición central y simétrica en la plataforma por una sola vez, la medida utilizada fue kilogramos, el paciente debió estar descalzo con la menor cantidad de ropa posible. La talla se tomó con el paciente de pie, descalzo, sin elementos en la cabeza, en posición firme, con los talones unidos, los brazos colgando libres a los lados del cuerpo, talones, glúteos y cabeza pegados al tallímetro. La cabeza se colocó en el plano de Frankfort y se aplicó una ligera tracción hacia arriba sobre las mastoides. Se tomaron dos medidas de talla en metros y se promedió.

La escala que se utilizó para el diagnóstico de malnutrición en adultos mayores fue el MNA como instrumento de detección para identificar malnutrición, riesgo de malnutrición y estado nutricional satisfactorio. Utilizando el MNA se sumó los puntajes a cada una de las 18 preguntas y se procedió a determinar el estado nutricional en base a la siguiente puntuación: menos de 17 malnutrición, de 17 a 24 riesgo y más de 24 satisfactorio. El MNA tiene una sensibilidad de 77% y una especificidad del 70% (19).

El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Universidad de Cuenca, la confidencialidad de los datos fue mantenida mediante la codificación de las variables los mismos que se manejaron por el investigador.

Los datos fueron tabulados en el programa SPSS versión 20.0 y se presentaron en tablas y gráficos dependiendo del tipo de variables. Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva en base a frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central como (promedio), la asociación estadística se midió con el OR y el intervalo de confianza al 95%, la significancia estadística se valoró con Chi cuadrado y se obtuvo el valor p.

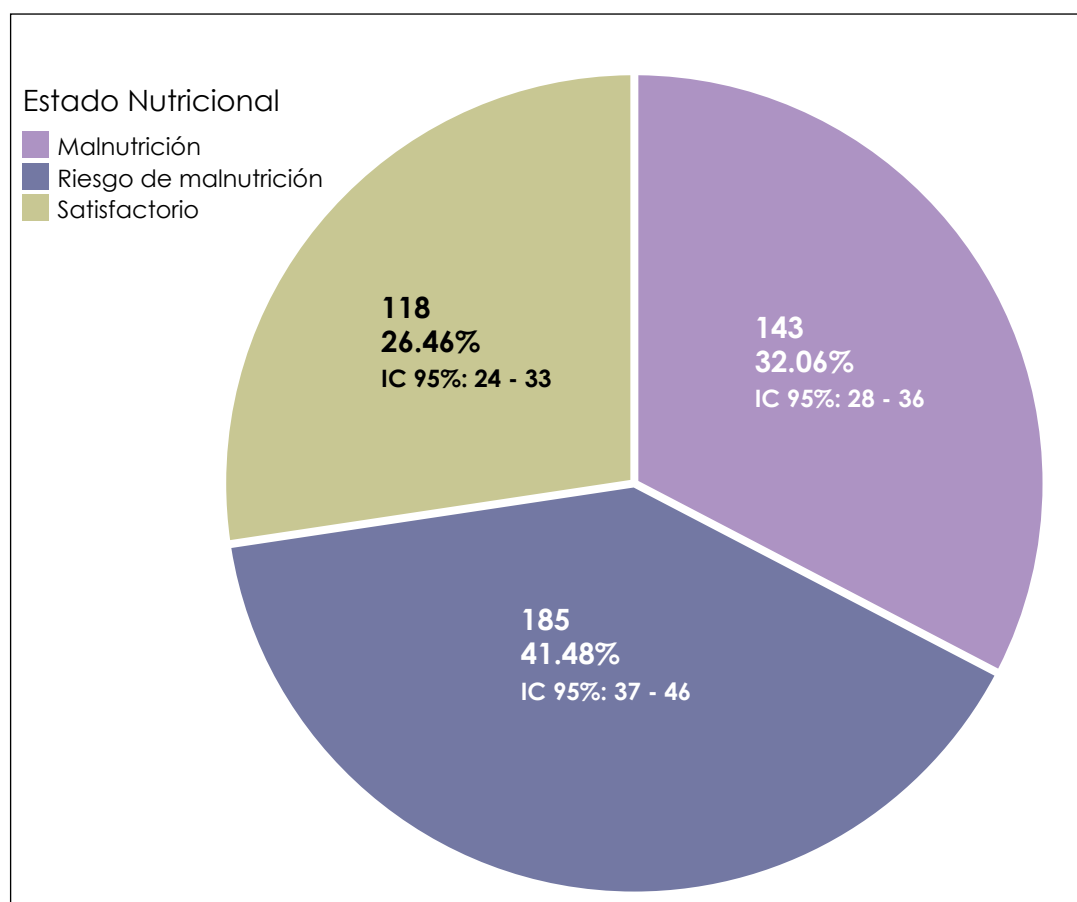
RESULTADOS

En la información recolectada en 446 adul-

tos mayores se observó una prevalencia de malnutrición de 32.06% (IC95% 28 – 36). La prevalencia de riesgo de malnutrición fue del 41.48% (IC95% 37 - 46) y el 26.46% (IC95% 24 - 33) del total de pacientes presentó un estado nutricional satisfactorio (Gráfico N° 1)

Gráfico N° 1

Prevalencia de malnutrición en la población adulta mayor del departamento de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2013.



Fuente: formulario de datos
Elaboración: Dr. Hermel Espinosa

La malnutrición en los pacientes mayores de 75 años obtuvo una mayor prevalencia 20.6%, en relación a los menores de 75 años que fue de 11.4%. De acuerdo al sexo, existió un mayor predominio de malnutrición en las mujeres con una prevalencia del 19.1%. Se-

gún el estado civil, los que tuvieron la categoría de casados fueron el grupo más frecuente 224 (50.2%), de los cuales 56 (12.6%) tuvieron malnutrición, pero en la categoría de viudos predominó la malnutrición con una prevalencia de 16.4%. (Tabla N° 1).

Tabla No.1

Prevalencia del estado nutricional y variables sociodemográficas en la población adulta mayor en el departamento de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2013.

Variables	Estado nutricional			Total	IC 95% de malnutrición
	Malnutrición	Riesgo de malnutrición	satisfactorio		
Grupos de edad					
< 75 años	51 (11.4%)	91 (20.4%)	63 (14.1%)	205 (46.0%)	8 – 14
≥75 años	92 (20.6%)	94 (21.1%)	55 (12.3%)	241 (45.0%)	17 – 24
Sexo					
Femenino	85 (19.1%)	102 (22.9%)	61 (13.7%)	248 (55.6%)	15 – 23
Masculino	58 (13.0%)	83 (18.6%)	57 (12.8%)	198 (44.4%)	10 – 16
Estado civil					
Soltero	6 (1.3%)	9 (2.0%)	4 (0.9%)	19 (4.3%)	0 – 2
Casado	56 (12.6%)	100 (22.4%)	68 (15.2%)	224 (50.2%)	10 – 16
Viudo	73 (16.4%)	60 (13.5%)	37 (8.3%)	170 (38.1%)	13 – 20
Divorciado	5 (1.1%)	13 (2.9%)	8 (1.8%)	26 (5.8%)	0 – 2
Unión libre	3 (0.7%)	3 (0.7%)	1 (0.2%)	7 (1.6%)	0 – 1

Fuente: formulario de datos

Elaboración: Dr. Hermel Espinosa

Para identificar la asociación entre las variables estudiadas y el estado nutricional se procedió a recodificar las variables. Para ello, se consideró dos grupos para el estado nutricional: un primer grupo de malnutrición y el segundo que se conformó agrupando los adultos mayores que tuvieron riesgo de malnutrición y aquellos con un estado nutricional satisfactorio.

Se determinó asociación entre el no usar prótesis dental OR 1.68 (IC: 1.12 – 2.51 valor $p <$

0.012) con malnutrición; al igual que con la variable "se alimenta con dificultad" OR 3.44 (IC: 2.19– 5.42 valor $p <$ 0.000). La edad es otra condición que está asociada a malnutrición, siendo estadísticamente significativa la asociación tanto para la categoría de corte más de 75 años OR 1.86 (IC: 1.24 – 2.81 valor $p <$ 0.003) y más de 80 años OR 1.82 (IC: 0.40 – 0.89 valor $p <$ 0.000) (Tabla N° 2).

Tabla N° 2

Factores asociados a malnutrición en adultos mayores del departamento de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2013

Variable	Malnutrición		Riesgo y Satisfactorio		OR	IC 95%		Valor P
	N	%	N	%		LI	LS	
Polifarmacia								
Si	54	12.1	99	22.2	1.25	0.86	1.89	0.291
No	89	20.0	204	45.7				
Uso de prótesis								
No	88	19.7	148	33.2	1.68	1.12	2.51	0.012
Si	55	12.3	155	34.8				
Se alimenta con dificultad								
Si	111	24.9	152	34.1	3.44	2.19	5.42	0.000
No	32	7.2	151	33.9				
DMT 2								
Si	36	8.1	87	19.5	0.83	0.53	1.31	0.435
No	107	24.0	216	48.4				
ICC								
Si	32	7.2	66	14.8	1.03	0.64	1.67	0.887
No	111	24.9	237	53.1				
HTA								
Si	55	12.3	125	28.0	0.89	0.59	1.34	0.575
No	88	19.7	178	39.9				
Edad								
≥ 75	92	20.6	149	33.4	1.86	1.24	2.81	0.003
< 75	51	11.4	154	34.5				
Edad								
≥ 80	81	18.2	98	22.6	2.73	1.82	4.11	0.000
< 80	62	13.9	205	46.0				

Fuente: formulario de datos
Elaboración: Dr. Hermel Espinosa

DISCUSIÓN

En la actualidad, la malnutrición en el adulto mayor se considera como un problema de salud pública, siendo una condición que influye directamente en la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas frecuentes en este grupo etario (18).

La prevalencia de malnutrición fue del 32.06% (IC: 28 – 36). La prevalencia de riesgo de malnutrición fue del 41.48%, y el 26.46% del total de pacientes estudiados tuvieron un estado nutricional satisfactorio; es una prevalencia alta comparada con el estudio realizado en Turquía por Bahat et al que es de 23.5% - 26.7% (9).

El estudio realizado en Murcia - España por Lopez-Jornet et al, reporta una prevalencia menor a la encontrada en nuestro estudio 7%, no así para la condición de riesgo de malnutrición 49% cuyo valor es cercano al

nuestro (16). En México, la prevalencia de malnutrición fue del 2% según el estudio de Shamah-Levy et al, en donde más del 60% sufre de sobrepeso y obesidad lo que también es considerado malnutrición (1).

De acuerdo al sexo, el 55.6% fueron mujeres, existiendo una mayor prevalencia de malnutrición en este género (19.1%). Según el estado civil, los casados son el grupo más frecuente (50.2%), de los cuales el 12.6% tuvo malnutrición, sin embargo, fueron los viudos el grupo predominante con una prevalencia de 16.4%.

Se ha demostrado que los pacientes adultos mayores con problemas cardiovasculares, tienen un mayor riesgo de mortalidad ($p < 0.001$). La prevalencia de malnutrición en estos pacientes, es del 13% según el estudio de Chang C-C et al (17), mientras que en este estudio, la prevalencia fue del 7.2% IC: 5 - 10. En este estudio, existe una mayor prevalencia

de malnutrición en los pacientes diagnosticados de hipertensión arterial (12.3% IC 9 - 15), frente al estudio de Bahat G., donde se encontró una prevalencia del 6.9% (9).

En este estudio, la diabetes mellitus 2 presentó una prevalencia de 8.1% (IC: 6 - 11), en comparación con el estudio realizado por París et al, en España con 1 090 pacientes diabéticos con una prevalencia del 15.5% y para riesgo de malnutrición del 31.9% (13).

La polifarmacia está asociada con la malnutrición según el estudio de Jyrkka et al ($p < 0.001$). En el grupo con excesiva polifarmacia (más de 10 fármacos), la proporción de malnutrición o en riesgo de malnutrición fue del 50% (14). La polifarmacia (más de 3 fármacos) en nuestro estudio se identificó en el 34.3% de adultos mayores de los cuales el 12.1% IC: 9 - 15% tuvo malnutrición.

Existe evidencia a favor de un mayor riesgo de malnutrición en las personas que tienen compromiso de la cavidad oral; al igual que el uso de una prótesis dental completa está asociada con un mejor estado nutricional (15). En nuestro estudio más de la mitad de la muestra (52.9%) no utiliza prótesis dental, de este grupo la frecuencia de malnutrición se observó en 19.7% IC: 16 - 23. Las personas adultas mayores con pérdida de dientes consumen preferentemente alimentos blandos, fáciles de masticar, mismos que tienen una baja cantidad de nutrientes. En nuestro estudio se determinó asociación con malnutrición el no usar prótesis dental OR 1.68 (IC: 1.12 - 2.51 valor $p < 0.012$) sin embargo, el estudio de Lopez-Jornet et al, concluye que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con o sin dentaduras (16). La edad es otra condición que está asociada a malnutrición, siendo estadísticamente significativa tanto para la categoría de corte más 75 años OR 1.86 (IC: 1.24 - 2.81 valor $p <$

0.003) y más de 80 años OR 2.73 (IC 1.82 - 4.11 valor $p < 0.000$). De igual manera se demuestra asociación con la edad y la malnutrición en un estudio multicéntrico de Lu W et al. China 2013, en donde la malnutrición en pacientes ≥ 70 años fue significativamente mayor que en pacientes < 70 años ($p < 0.001$) (20).

Otros factores que influyen para un mayor riesgo de malnutrición en adultos mayores, son el consumo de pocos alimentos, poco apetito y problemas para la masticación. Es necesario un mayor número de investigaciones para determinar las mejores estrategias de intervención para solucionar estos problemas (4).

Se observó que el 24.9% IC: 21 - 29 de pacientes que se alimentan con dificultad presentan malnutrición, cifra similar a la encontrada por Slaughter SE et al. Canadá 2011 que es del 23.6% (IC 16.6 - 33.0) (21).

La malnutrición es evidente en la muestra estudiada, confirmando que es un problema de salud pública en la población adulta mayor hospitalizada, que amerita una intervención inmediata para mejorar la calidad de vida de este grupo etario (18), y de esta manera mejorar la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas frecuentes (10), disminuir el riesgo de morbimortalidad en el adulto mayor y los costos de la atención en salud, mucho más ahora que la expectativa de vida es cada vez mayor.

CONCLUSIÓN

La prevalencia de malnutrición en adultos mayores fue de 32.06% y está asociada al no uso de prótesis dental y a la dificultad para alimentarse como factor de riesgo. Se observó que a mayor edad existe mayor tendencia a malnutrición.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L, Mundo-Rosas V, Morales-Ruán C, Cervantes-Turrubiates L, Villalpando-Hernández S. Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional. *Salud Pública México*. 2008;50 (5):383-9.

2. Volkert D. Malnutrition in Older Adults - Urgent Need for Action: A Plea for Improving the Nutritional Situation of Older Adults. *Gerontology*. 2013;59(4):328-33.

3. Friedrich-Alexander. Malnutrition in Older Adults - Urgent Need for Action: A Plea for Improving the Nu-

- tritional Situation of Older Adults. *Gerontology*. 2013; 59(4):328-33
4. Gutiérrez Reyes JG, Serralde Zúñiga A, Guevara Cruz M. Prevalencia de desnutrición del adulto mayor al ingreso hospitalario. *Nutr Hosp*. 2007;22(6):702-9
 5. Estrada A, Cardona D, Segura ÁM, Chavarriga LM, Ordóñez J, Osorio JJ. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*. 2011;31 (4):492-502.
 6. Ferreira LS, do Amaral TF, Marucci M de FN, Nascimento LFC, Lebrão ML, Duarte YA de O. Undernutrition as a major risk factor for death among older Brazilian adults in the community-dwelling setting: SABE survey. *Nutrition*. octubre de 2011;27(10):1017-22.
 7. Guerrero, J. Prevalencia de malnutrición, depresión y su asociación con complicaciones posquirúrgicas. [Cuenca, Ecuador]: Universidad de Cuenca; 2012.
 8. Encalada L. Prevalencia y factores asociados a malnutrición en adultos mayores institucionalizados. [Cuenca, Ecuador]: Universidad de Cuenca; 2007.
 9. Bahat G, Tufan F, Bahat Z, Aydin Y, Tufan A, Akpınar TS, et al. Assessments of functional status, comorbidities, polypharmacy, nutritional status and sarcopenia in Turkish community-dwelling male elderly. *Aging Male*. junio de 2013;16(2):67-72.
 10. Gonçalves DF, Tinoco ALA, Ribeiro R de CL, Martinho KO, de Mendonça ÉT, Benfica DT. Nutritional status and epidemiological profile of elderly people. *Arch Gerontol Geriatr*. julio de 2012;55(1):1-4.
 11. Sargento L, Satendra M, Almeida I, Sousa C, Gomes S, Salazar F, et al. Nutritional status of geriatric outpatients with systolic heart failure and its prognostic value regarding death or hospitalization, biomarkers and quality of life. *J Nutr Health Aging*. 18 de marzo de 2013;17(4):300-4
 12. Aggarwal A, Kumar A, Gregory MP, Blair C, Pauwaa S, Tatoes AJ, et al. Nutrition Assessment in Advanced Heart Failure Patients Evaluated for Ventricular Assist Devices or Cardiac Transplantation. *Nutr Clin Pract*. 9 de octubre de 2012;28(1):112-9.
 13. París AS, García JM, Gómez-Candela C, Burgos R, Martín Á. Malnutrition prevalence in hospitalized elderly diabetic patients. *Nutr Hosp*. 2013;28(3):592-9.
 14. Jyrkkä J, Enlund H, Lavikainen P, Sulkava R, Hartikainen S. Association of polypharmacy with nutritional status, functional ability and cognitive capacity over a three-year period in an elderly population. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2011;20(5):514-22.
 15. De Marchi RJ, Hugo FN, Hilgert JB, Padilha DMP. Association between oral health status and nutritional status in south Brazilian independent-living older people. *Nutrition*. junio de 2008;24(6):546-53
 16. Lopez-Jornet P, Saura-Perez M, Llevat-Espinosa N. Effect of oral health dental state and risk of malnutrition in elderly people: Nutritional status in the elderly. *Geriatr Gerontol Int*. enero de 2013;13(1):43-9.
 17. Chang C-C, Roberts BL. Malnutrition and feeding difficulty in Taiwanese older with dementia. *J Clin Nurs*. agosto de 2011;20(15-16):2153-61.
 18. Bernal-Orozco MF, Vizmanos B. La nutrición del anciano como un problema de salud pública. *Antropo*. 2008;(16):43-55.
 19. Alert PD, Villarroel RM, Formiga F, Casas NV, Farré CV. Assessing risk screening methods of malnutrition in geriatric patients; Mini Nutritional Assessment (MNA) versus Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI). *Nutr Hosp*. 2012;27(2):590-8.
 20. Lu W, Yan F, Peng J. A multicentre assessment of malnutrition, nutritional risk, and application of nutritional support among hospitalized patients in Guangzhou hospitals. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2013;22(1):54-9.
 21. Slaughter SE, Eliasziw M, Morgan D, Drummond N. Incidence and predictors of eating disability among nursing home residents with middle-stage dementia. *Clin Nutr*. abril de 2011;30(2):172-7.