

Nutrición y envejecimiento: comentario y conclusiones

Benjamin Caballero, M.D., Ph.D.

División de Nutrición Humana Departamento de Salud Internacional, Escuela de Salud Pública
Universidad de Johns Hopkins, Baltimore, EEUU

El presente simposio ha reunido una serie de trabajos que constituyen un excelente ejemplo de los tópicos más relevantes en la nutrición de ancianos. La salud de la población mayor de 60 o 70 años se ha constituido ya desde hace varios años en uno de los problemas de salud pública más importantes para los Países industrializados, en donde este segmento de la población ha crecido en forma extraordinaria. En alguno de estos Países, casi una tercera parte de los recursos para la atención médica de alta complejidad están dedicados al cuidado de personas de más de 55 años. De hecho, una razón para el incremento meteórico en los gastos de salud en Países como Estados Unidos se relacionan con la demanda de la población anciana.

Por muchos años, y hasta estos días, los esfuerzos en el área de nutrición en países en vías de desarrollo se centraron en la población materno-infantil. Sin duda, la esperanza de vida en muchos de nuestros países no justificaba la inversión de grandes recursos para la atención médica de individuos mayores de 65 años. Sin embargo, al menos teóricamente, cabe esperar que la inversión, masiva de recursos en programas de "supervivencia infantil", aún si solo parcialmente exitosa, va a determinar un incremento substancial en la población adulta. De hecho, en muchos países en vías de desarrollo la expectativa de vida de los que sobreviven los primeros 5 años de vida es similar a la de países desarrollados. Quiere decir que un factor importante en la menor expectativa de vida en nuestros países es la mortalidad infantil. Y a pesar de que todos los que trabajamos en esta área deseáramos mejores resultados, nadie puede negar que, globalmente, programas como la rehidratación oral y la inmunización masiva han bajado la mortalidad infantil en muchos países en vías de desarrollo.

Los datos de expectativa de vida en las Américas corroboran la tendencia sugerida por las consideraciones teóricas arriba mencionadas. La Tabla 1 muestra cifras de algunos países de nuestra región, donde se observa que países que aún tienen problemas importantes de nutrición, como Guatemala o Haití, muestran los incrementos más marcados en esperanza de vida. Esto se debe, como se mencionara antes, a reducciones en una mortalidad infantil inicialmente muy elevada, y al hecho de cuando la expectativa de vida inicial es muy baja, es decir, alrededor de los 50 años, cambios menores en el medio ambiente, atención médica o nivel de ingresos tienden a producir impactos significativos.

El aumento dramático en la esperanza de vida en las Américas se demuestra también en la Figura 1, que proyecta los cambios anticipados en el número de habitantes mayores de 60 años en distintas regiones del mundo.

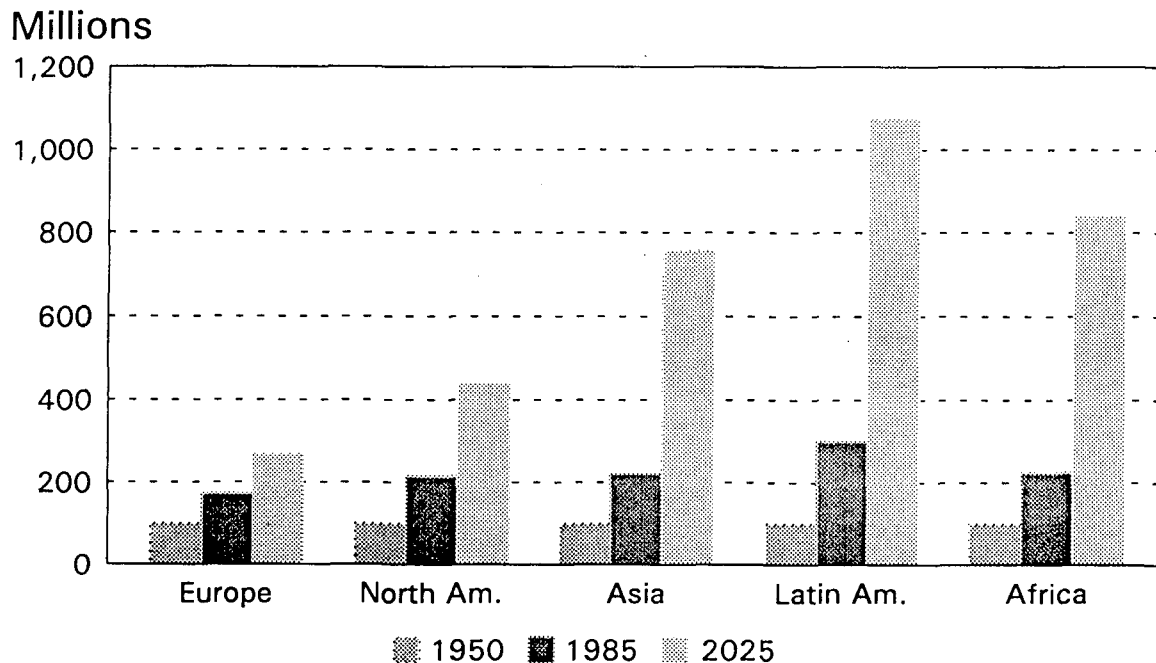
ENVEJECIMIENTO Y ENFERMEDAD

Los expertos en geriatría gustan remarcar que envejecimiento no es una enfermedad, sino que es el resultado de haber sido un adulto sano. Sin embargo, desde el punto de vista de salud pública, no puede ignorarse que el aumento en el número de ancianos en la población va a incrementar la demanda de atención médica para un gran número de enfermedades. Es por ello que debe prestarse atención a otro indicador en alarmante aumento en países en vías de desarrollo: el de las enfermedades crónicas en general, y en particular de las relacionadas con la dieta. La Tabla 2 presenta la mortalidad atribuida a enfermedad crónica en varias regiones de América Latina. Mientras que en las últimas décadas la contribución de enfermedades crónicas a la mortalidad general ha aumentado en solo un

World elderly population by region

60 years and over

Increase relative to 1950 (= 100)



World Population Prospects, UN, 1988

FIGURA 1

Población Anciana Mundial por Regiones, 60 años y más incremento relativo desde 1950 (= 100).

TABLA 1
ESPERANZA DE VIDA EN LAS AMERICAS PARA PERSONAS NACIDAS EN 1985
PORCENTAJE DE CAMBIO ENTRE 1955 Y 1985

	Hombres	Mujeres	% Cambio (h)	% Cambio (m)
Canadá	72	79	8	11
Cuba	72	75	27	23
Costa Rica	70	76	26	28
Jamaica	70	76	26	29
Argentina	66	73	10	12
México	64	68	29	30
Guatemala	57	61	36	45
Haití	51	54	41	40

(ONU, 1986)

TABLA 2
ENFERMEDADES CRONICAS EN LAS AMERICAS
CAMBIOS EN MORTALIDAD ENTRE 1970 Y 1980

	% de mortalidad atribuida en 1980	% de incremento, 1970-80
América del Norte	75	0
Cono Sur	60	11
Caribe	57	21
Sud América Tropical	45	105
Centroamérica	28	56

OPS, 1987

0.4% en EEUU, la misma ha aumentado 105% en la región sudamericana, y 56% en Centroamérica. De hecho, los tres países con la más alta mortalidad por enfermedad cardiovascular en el continente son países en vías de desarrollo. Es asimismo importante mencionar que nuestros enfermos cardiovasculares manifiestan su enfermedad y mueren a una edad 10 años más joven que en EEUU o Canadá. Esto nos está indicando que nuestros ancianos serán más enfermos que individuos de edad comparable en países desarrollados.

DIFERENCIAS GENÉTICAS EN ENVEJECIMIENTO

Los estudios de composición corporal, y las nuevas técnicas descritas por el Dr. Mazariegos, pone de relieve la diversidad de la respuesta humana al envejecimiento. Es común que cuando se menciona el rol de la genética en envejecimiento se esté refiriendo a longevidad, vale decir, la agregación familiar de expectativa de vida. Sin embargo, el foco debería ser no cuanto vivimos sino cual es la calidad de vida de las últimas décadas que vivimos. Todos quisiéramos vivir 100 años, pero nadie quisiera que esos años parezcan interminables. El gerontólogo John Rowe acuñó la frase "envejecimiento exitoso" para describir el proceso biológico y psicosocial que permite vivir en plenitud a pesar de las limitaciones progresivas impuestas por la edad.

Cual es el papel de factores genéticos en determinar no la cantidad sino la calidad de vida de los años de vejez? Dicho papel sólo podrá ser identificado a través de estudios descritos en este simposio. Las diferencias étnicas entre nuestros países y los países desarrollados nos indica que nuestra respuesta cualitativa y cuantitativa al envejecimiento será distinta, y que pos consiguiente muchas manifestaciones descritas en poblaciones ancianas de países desarrollados no serán válidas en nuestros países.

El factor genético deberá inevitablemente ser

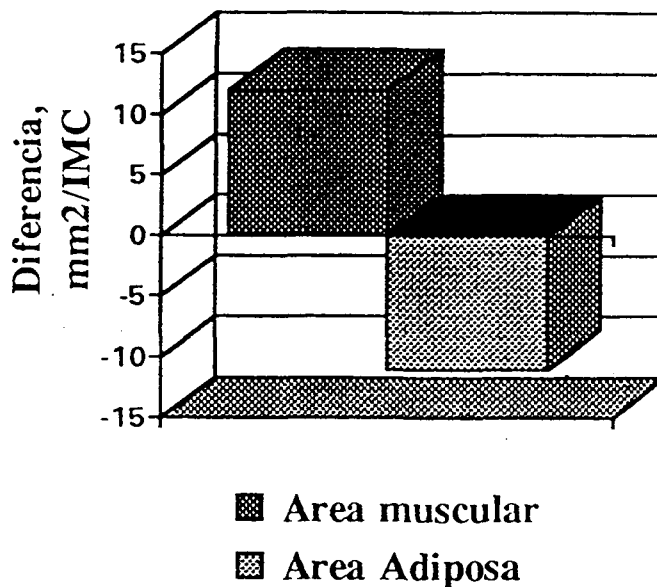


FIGURA 2

Diferencias en áreas muscular y adiposa de brazo en personas de actividad rural, comparadas con individuos de actividad circunscripta a espacios interiores en la aldea. Individuos de actividad rural presentan más área muscular y menor área adiposa que los de aldea. Datos ajustados por edad y expresados por unidad de índice de masa corporal (IMC). Datos obtenidos en el norte de la India por el

Dr. Keith West.

TABLA 3
ENVEJECIMIENTO: AREAS DE INVESTIGACION

-
-
- Función sensorial y su relación con apetito
 - Impacto a largo plazo de composición de la dieta
 - Impacto de estilo de vida y actividad física en el envejecimiento
 - Impacto de fluctuaciones en el peso corporal en la vulnerabilidad a enfermedades crónicas
 - Efectos biológicos y sociales de la migración urbana en el anciano
 - Efectos del ingreso y la distribución intrafamiliar de alimentos en el estado nutricional del anciano
-

complementado con el estudio del factor ambiental. Tal como factores ambientales conspiran en muchos casos para limitar la esperanza de vida, es posible que otros la protejan, o que al menos favorezcan la calidad de vida de los que alcanzan cierta edad. Un ejemplo de esto es, nuevamente, composición corporal y gasto energético. En este simposio se ha mostrado como la composición corporal se modifica con el envejecimiento, habiendo una tendencia a aumentar el tejido adiposo, a expensas de la masa corporal magra. Sin embargo, dicha tendencia no es biológicamente determinada, y varios estudios han mostrado que un aumento en la actividad física puede prevenir e inclusive revertir estos cambios asociados con la vejez. Algo similar acontece con el gasto energético, que tiende a reducirse con la edad, en parte debido a los cambios en composición corporal. Esto es importante porque en países en vías de desarrollo, particularmente en el área rural, el anciano lleva un ritmo de actividad física substancialmente mayor que en los países desarrollados. En estudios recientes en el sur de la India, se ha hallado que la circunferencia muscular branquial, ajustada por edad, es significativamente mayor en personas del área rural (Figura 2, Dr. K. West, comunicación personal).

Los sistemas de salud en la mayoría de nuestros países han estado focalizados por mucho tiempo en el tratamiento de deficiencias nutricionales. Asimismo, numerosas intervenciones de gran envergadura han tenido como objetivo la eliminación o el control de condiciones más o menos agudas, como deshidratación, diarrea aguda, o enfermedades virales también agudas. Los programas de suplementación diseñados para corregir una deficiencia nutricional tienden asimismo subyacente la expectativa de una respuesta a corto plazo. Ninguno de estos enfoques se adapta a enfrentar los problemas nutricionales de la vejez. En este caso, se trata de montar una estructura de uso continuo, que incluya la prevención de enfermedades crónicas, la modificación y/o el mantenimiento de prácticas dietéticas y de estilo de vida que promuevan la salud en la edad adulta, y finalmente, el mantenimiento de una red integral de apoyo al anciano, que comience a nivel del núcleo familiar, y que incluya a las organizaciones

comunitarias y de gobierno. Las metas de estos esfuerzos serán por necesidad mucho menos cuantitativas y de corto plazo que las de programas de TRO o de inmunizaciones. De hecho los criterios para evaluar este tipo de intervención apenas están siendo desarrollados actualmente, tal como lo ejemplificó el debate en el presente simposio. Algunos de los factores a ser considerados se enumeran en la Tabla 3. Nuestro enfoque para desarrollar un sistema de salud capaz de promover y sostener un “envejecimiento exitoso” debe empezar por romper el molde de muchos de nuestros criterios actualmente aplicados a salud materno-infantil. En definitiva, el “envejecimiento exitoso” dependerá, no en pequeña medida, del “rejuvenecimiento exitoso” de muchos de nuestros criterios tradicionales de intervención nutricional.

CONCLUSIONES

No cabe duda que la población en la tercera edad esta aumentado de manera extraordinaria en muchos países en vías de desarrollo, y tal vez más marcadamente en América Latina. Este aumento se relaciona con la disminución gradual de la mortalidad de 0-5 años, y con cambios ambientales y de atención primaria que favorecen una mayor supervivencia a enfermedades de la vida adulta. Es también significativo el aumento que las enfermedades crónicas, muchas de ellas relacionadas con la dieta, tienen en determinar la mortalidad y por ende la expectativa de vida en las Américas. Como corolario, nuestros países deberán afrontar a corto plazo la demanda masiva de servicios de salud para el cuidado a largo plazo de ancianos, sanos y enfermos. Las diferencias genéticas y ambientales entre los países desarrollados, donde el envejecimiento se ha venido estudiando desde hace tiempo, y los países en vías de desarrollo, va a requerir una re-evaluación crítica de la información disponible, y la generación de nueva información, a través de estudios que consideren las condiciones específicas de nuestros países. Solo de esta manera se podrán proponer intervenciones concretas para facilitar y promover el “envejecimiento exitoso”, que es en definitiva la meta que todo anhelamos, para nuestros conciudadanos y para nosotros mismos.