

## Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

**BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA**  
UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
Chía - Cundinamarca

**Papel de enfermería en la nutrición del adulto mayor con enfermedad crónica**  
**Nursing role at nutrition of the elderly with chronic disease**

L. Lamprea-Reyes<sup>b</sup>, K. Murcia-Tabares<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Facultad de Enfermería, Universidad de la Sabana, Chía- Cundinamarca. Colombia.

<sup>b</sup> Universidad de La Sabana. Chía- Cundinamarca. Colombia.

<sup>c</sup> Universidad de La Sabana. Chía- Cundinamarca. Colombia.

\*Autor para correspondencia, correo electrónico:  
alejandra.alvarado@unisabana.edu.co

## Resumen

**Objetivo:** El propósito de este artículo es analizar la evidencia científica actual respecto a la nutrición en el adulto mayor con enfermedad crónica, identificando los aspectos más relevantes de la misma y así determinar el papel de enfermería para favorecer la adherencia a hábitos alimentarios saludables.

**Método:** Revisión integrativa de la literatura en las bases de datos de Science Direct, Medline, Scielo y Cochrane bajo los descriptores nutrición, enfermería, dieta y enfermedad crónica, entre los años 2003 a 2016, en idioma inglés y español.

**Resultados:** La literatura documenta las intervenciones para apoyar la modificación de hábitos alimentarios en personas adultas mayores con enfermedad crónica, entre las cuales se resalta la importancia de las intervenciones de enfermería en dicho aspecto.

**Conclusiones:** La evidencia revisada señala que la educación es una intervención de enfermería apropiada para apoyar los hábitos nutricionalmente saludables del adulto mayor. Sin embargo, la evidencia continúa siendo débil. Es preciso continuar la investigación con un abordaje más integral que incluya las conductas, las condiciones económicas, culturales y sociales de las personas.

**Palabras clave:** Enfermería, Nutrición, Anciano, Educación Alimentaria y Nutricional, Atención de Enfermería.

## **Nutrition in the elderly: An opportunity for nursing care.**

### **Summary**

**Objective:** The purpose of this article is to analyze the current scientific evidence regarding nutrition in the elderly with chronic disease, identifying the most relevant aspects of it and thus determine the role of nursing to promote adherence to healthy eating habits.

**Method:** Integrative review of literature in the databases of Science Direct, Medline, Scielo and Cochrane under the key words nutrition, nursing, diet and chronic disease, between 2003-2016, in both English and Spanish.

**Results:** The literature review bring up interventions to support changing eating habits in elderly patients with chronic disease among highlight the importance of nursing interventions in this aspect.

**Conclusions:** The evidence point to education as an appropriate nursing intervention to support nutritionally healthy habits in the elderly. However, these evidence remains weak. It is necessary to continue the research in this field with a more comprehensive approach that includes behaviors, economic, cultural and social conditions of people.

**Keywords:** Nursing, Nutrition, Elderly, Food and Nutrition Education, Nursing Care.

## **Introducción**

En la mayoría de los países la población con edad mayor de 60 años está incrementando más rápido que cualquier otro grupo,<sup>1,2</sup> lo cual se asocia a la presencia de enfermedades crónicas, imponiendo un aspecto a tener en cuenta por parte del personal de enfermería desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad que conlleve a una modificación de estilos de vida, como la realización de actividad física regular, disminución del consumo de alcohol o tabaco y la adopción de una dieta saludable; estas acciones deben ser parte de un tratamiento conjunto en el mantenimiento integral de la salud y control de las enfermedades crónicas para proporcionar así una mejor calidad de vida al individuo donde se pueda adaptar a su nueva condición.

La presente revisión tiene como objetivo, analizar la evidencia científica actual respecto a la nutrición en el adulto mayor con enfermedad crónica, así como identificar los aspectos más relevantes de la misma determinando el papel de enfermería para favorecer la adherencia a hábitos alimentarios saludables.

A pesar de ser un tema de gran relevancia y que impone un reto constante para los profesionales sanitarios y los servicios de salud, algunos aspectos de la nutrición del adulto mayor no son abordados de acuerdo con las características propias de esta población.

## **Método**

Las bases de datos consultadas fueron Science Direct, Medline, Scielo y Cochrane en una ventana de tiempo de 2003 a 2016, en idioma inglés y español, bajo los

descriptores nutrición, enfermería, dieta y enfermedad crónica unidos por los operadores booleanos AND, OR y NOT, de la siguiente manera: [Nutrición OR dieta] AND [Enfermería] AND [Enfermedad crónica] NOT [pediatrics OR Young adult].

Teniendo en cuenta la diversidad de la información encontrada, se opta por la realización de una revisión integrativa a fin de responder a la pregunta ¿A partir de lo analizado en la literatura actual sobre nutrición en el adulto mayor con enfermedad crónica, ¿cuál es el papel de enfermería para favorecer la adherencia a hábitos alimentarios saludables? Descrita bajo las seis etapas de la metodología de Ganong<sup>3</sup>, que son:

**1) Selección del tema de investigación:** el fenómeno de estudio es la nutrición en el adulto mayor con enfermedad crónica, se pretende analizar la literatura para determinar el rol de la enfermera para favorecer la adherencia a prácticas/hábitos alimentarios saludables.

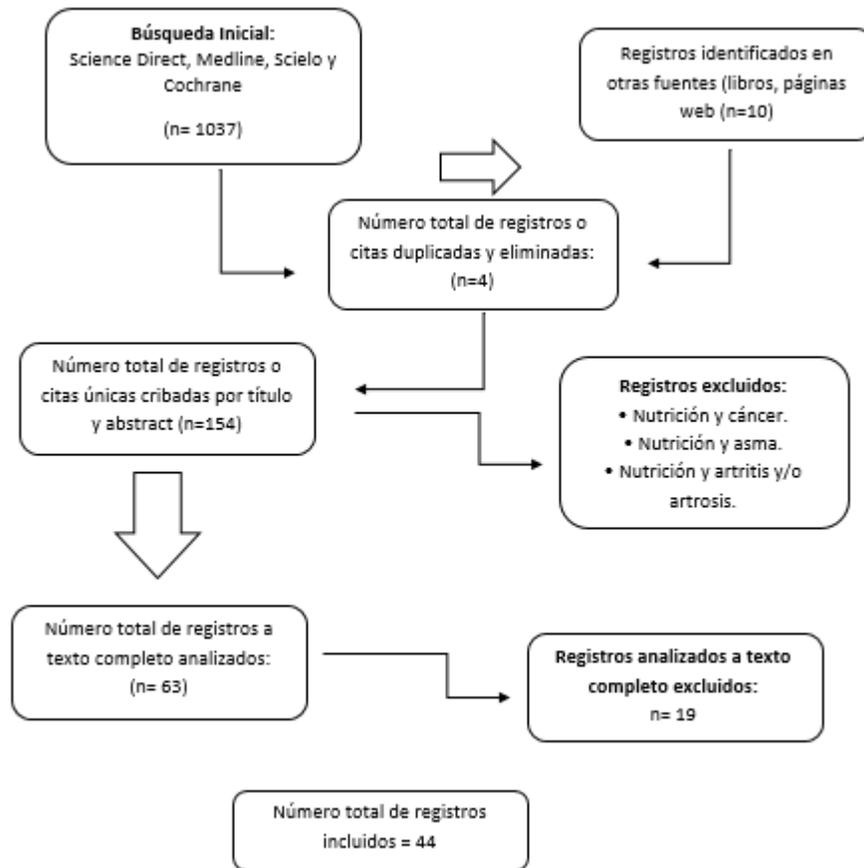
**2) Definición de los criterios de inclusión, exclusión y selección de la muestra:**

**Los criterios de inclusión establecidos fueron los siguientes:** 1) Publicaciones científicas, estudios originales, reporte de intervenciones, libros y publicaciones web que incluían la nutrición en el adulto mayor con enfermedad crónica. 2) Con acceso a texto completo. 3) Con cualquier diseño metodológico.

**Los criterios de exclusión establecidos fueron:** 1) publicaciones donde se incluían enfermedades crónicas tales como: cáncer, artritis, artrosis y asma.

**3). Estudios seleccionados en formato de tablas/cuadros:**

**Figura 1.** Proceso de selección de artículos



Fuente: Elaborada por los autores

#### 4). Análisis crítico

Los artículos seleccionados fueron organizados considerando todas las características en común en una matriz de análisis que incluyó el título, objetivo del estudio, metodología, resultados y principales aportes con respecto al fenómeno estudiado.

#### 5). Interpretación de los resultados

La revisión final dio como resultado un total de **63** artículos de los cuales se seleccionaron **44** que correspondieron a los que documentaban intervenciones referentes a la modificación de hábitos alimentarios y en los que se hacía referencia a los hábitos nutricionalmente saludables en personas adultas mayores con

enfermedades crónicas. Estos artículos fueron clasificados en cuatro grandes categorías. (ver Figura 2)

**Figura 2.** Categorización artículos seleccionados

<b>Aspectos reportado en la literatura</b>		<b>Referencias de soporte</b>
<b>Nutrición, envejecimiento y enfermedad</b>	<b>Nutrición y envejecimiento</b>	<b>6</b>
	<b>Factores asociados: culturales, psicosociales y patológicos</b>	<b>9</b>
	<b>La obesidad como factor desencadenante de otros problemas de salud</b>	<b>4</b>
	<b>La diabetes Mellitus tipo II</b>	<b>9</b>
	<b>Hipertensión Arterial</b>	<b>4</b>
	<b>Enfermedad pulmonar obstructiva Crónica (EPOC)</b>	<b>6</b>
<b>Aspectos de la dieta</b>	<b>Ácidos grasos omega</b>	<b>5</b>
	<b>Hábitos dietéticos</b>	<b>7</b>
<b>Decidirse al cambio</b>		<b>6</b>
<b>Educación en salud para la nutrición</b>		<b>5</b>

Fuente: Elaborada por los autores

## 6). Divulgación de la revisión.

Por medio de la elaboración de este artículo se pretende dar a conocer la evidencia actual respecto a la nutrición en el adulto mayor con enfermedad crónica y determinar cuál es el papel de enfermería frente a la adherencia a hábitos alimentarios saludables.

## **Resultados**

### **1. Nutrición, envejecimiento y enfermedad**

#### **· Nutrición y envejecimiento.**

El incremento de la población de edad avanzada, generado, entre otros aspectos por el aumento de la esperanza de vida y por el descenso de la tasa de fecundidad, impone un reto para la sociedad y los sistemas de salud, ya que es en este periodo del ciclo de la vida cuando se presentan las enfermedades crónicas, generadas por el deterioro funcional y por las interacciones propias de las patologías<sup>1,4,5,6,7</sup>. Por tal razón, la nutrición debe ser un aspecto vital a tener en cuenta en la intervención en esta población, visto como el factor más influyente en la salud de los adultos mayores<sup>8</sup>.

En el envejecimiento la persona atraviesa cambios fisiológicos, psicológicos y sociales importantes que pueden hacer que la dinámica cotidiana del adulto se altere, así como el aumento de la prevalencia de problemas ligados al estado nutricional, que van desde la malnutrición hasta el sobrepeso y la obesidad<sup>6,7,9</sup>. En esta revisión se hará énfasis en los dos últimos por su relación con la progresión de las enfermedades crónicas subyacentes, como enfermedad cardiovascular, diabetes y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Algunos cambios fisiológicos, propios del envejecimiento, afectan el gusto y las

condiciones para el consumo de alimentos: la disminución de las terminaciones nerviosas de las papilas gustativas que crean una atrofia papilar y la pérdida de la capacidad para saborear los alimentos dulces y salados; la disminución de la producción de saliva que ocasiona resequedad de la mucosa oral y generando mayor dificultad para percibir los sabores y deglutir los alimentos que, junto a la alteración del olfato, de la vista y del tacto hacen menos apetecible los alimentos<sup>1,6,7,8</sup>. Estas modificaciones características de la edad están acompañadas de desconocimiento acerca de los requerimientos nutricionales para el envejecimiento<sup>8,10</sup>.

La pérdida de piezas dentales o el mal estado de éstas y la xerostomía hace que la formación del bolo alimenticio sea más difícil, adicional a esto, se retrasa el vaciamiento gástrico y hay un enlentecimiento de las contracciones esofágicas. Se segrega menos ácido clorhídrico, pepsina y el PH del intestino cambia favoreciendo el sobre crecimiento de la microflora intestinal, disminuyendo la absorción de algunos minerales, vitaminas, proteínas y de otros elementos esenciales como el hierro y creándose una sensación de saciedad precoz. El páncreas sufre una reducción en la segregación de bicarbonato y enzimas que dan lugar a algunas de las intolerancias y problemas digestivos. El hígado pierde tamaño y el flujo sanguíneo es escaso, atenuando así el metabolismo de algunos alimentos y fármacos<sup>6,8</sup>.

Adicional a los factores fisiológicos existen otros, no menos importantes que deben ser tenidos en cuenta para realizar una valoración integral del estado nutricional del adulto mayor, los cuales son, *factores culturales*: prácticas alimentarias no saludables transmitidas de generación en generación y que marcan pautas de comportamiento arraigadas<sup>8,11</sup>; *factores psicosociales*, pobreza o recursos limitados, incapacidad para ir de compras y preparar su comida, soledad, demencia y depresión<sup>12</sup>; *factores*

*patológicos*, enfermedades no transmisibles (ENT) o enfermedades crónicas, aquellas asociadas mayoritariamente a adultos de edad avanzada; las cuales son consideradas como la principal causa de mortalidad a nivel mundial<sup>13</sup>. La Organización Mundial de la Salud<sup>14</sup> estima que matan a 38 millones de individuos al año, atribuyéndose casi el 75% de las muertes.

Dichas enfermedades están agrupadas en cuatro tipos principales: las enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas (la enfermedad pulmonar obstructiva crónica), diabetes y el cáncer; las cuales son consideradas un problema nacional e internacional de salud pública, principalmente en países de ingresos bajos y medios, donde se han sustituido alimentos tradicionales ricos en micronutrientes, por procesados con gran contenido de sal, azúcar y grasas<sup>5</sup>.

Factores como el envejecimiento, la rápida urbanización y los estilos de vida no saludables, que incluyen consumo de tabaco, dieta inadecuada y poca actividad física pueden dar lugar a estas patologías; teniendo en cuenta que poseen varios factores de riesgo con efectos similares, al prevenir uno de estos es posible contrarrestar varias enfermedades no transmisibles de forma simultánea<sup>15,17</sup> Estos deben ser tenidos en cuenta cuando se aborda el estado nutricional del adulto. Es necesario que haya claridad en los mismos antes de realizar una intervención, a fin de que sea acorde a la condición y situación real de la persona.

Los malos hábitos alimentarios se convierten en un factor de riesgo importante de morbimortalidad del adulto mayor aumentando la predisposición a infecciones y a enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento lo que disminuye la calidad de vida<sup>7</sup>. Es importante resaltar que la conducta alimentaria en esta edad es difícil de

modificar por diferentes aspectos anteriormente mencionados<sup>11</sup>.

## **2. Envejecimiento y Enfermedad**

### **Obesidad un factor desencadenante**

A los malos hábitos alimentarios como el exceso en el consumo de carbohidratos, grasas y la disminución del consumo de frutas y hortalizas se les atribuye el 95% de los casos de obesidad, siendo de mayor impacto los factores ambientales respecto a los genéticos<sup>17</sup>. Esta enfermedad de etiología multifactorial y curso crónico constituye un factor de riesgo directamente relacionado con el desarrollo de diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, dislipidemias, padecimientos cerebro-vasculares, osteoarticulares y algunos tipos de cáncer<sup>17,18</sup>.

La modificación en los estilos de vida es la principal estrategia para tratar la obesidad, siendo la dieta con baja carga de glucosa la más efectiva para la pérdida de peso y para mejorar el perfil lipídico, lo que a su vez disminuye los marcadores de riesgo cardiovascular<sup>19</sup>. Junto a la dieta, se debe fomentar la realización de actividad física<sup>15</sup>.

### **Diabetes mellitus tipo 2**

La incidencia de la diabetes tipo 2 está relacionada con el "Estilo de vida occidentalizado", principalmente en cuanto a hábitos dietéticos y actividad física<sup>20</sup>. Afecta actualmente a unos 415 millones de personas en el mundo y se espera que su prevalencia aumente a 642 millones en el año 2040<sup>19</sup>. Es una complicación metabólica prominente de la obesidad<sup>22</sup>, la cual se caracteriza principalmente por una capacidad reducida de la hormona insulina y el uso insuficiente de la misma por parte de las células, que provoca aumento en los niveles de glucosa en la sangre<sup>23</sup>. Existen

factores asociados a un mayor riesgo de contraer dicha patología como hipertensión, antecedentes familiares, dislipidemia y algunos grupos étnicos<sup>20</sup>.

La modificación de los hábitos no saludables, es el pilar fundamental tanto del tratamiento como de los intentos de prevención de la diabetes de tipo 2<sup>15</sup>. Es así como una intervención de ejercicio y dieta intensiva combinada con educación para el paciente y su familia resultan ser efectivas. El núcleo familiar o los cuidadores, juegan un papel importante ya que son quienes deben propender por apoyar los cambios, con el fin de lograr mayor adherencia a estos, lo que permite disminuir la resistencia a la insulina, previniendo o retrasando su aparición<sup>20,24</sup>. Logrando reducir al mínimo el consumo de fármacos, lo cual disminuye el riesgo de complicaciones, mejorar y aumentar la esperanza de vida<sup>25</sup>.

En los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 es importante destacar la alimentación regular; el diabético debe comer cantidades pequeñas con frecuencia, y evitar las comidas abundantes o pasar períodos muy largos sin alimentarse<sup>5</sup>. Una buena nutrición puede ayudar a controlar la glucosa en sangre, la presión arterial y los lípidos, disminuyendo con ello la aparición y progresión de las complicaciones que incluyen la enfermedad renal crónica<sup>24</sup>. En esto radica la educación sanitaria que debe ser impartida al adulto mayor a fin de hacerlo consciente de los múltiples factores potenciales para desarrollar complicaciones de las enfermedades crónicas<sup>26</sup>.

### **Hipertensión arterial**

La hipertensión arterial es un factor de riesgo importante para desarrollar enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, enfermedad renal y demás consecuencias subyacentes<sup>27</sup>. Es responsable de las muertes más prevenibles que afectan a la

población adulta en el mundo. La evidencia disponible indica que los aspectos más importantes tanto en la prevención como en el tratamiento son el control o la pérdida de peso, la disminución de la obesidad, el aumento de la actividad física, eliminación y disminución del consumo de alcohol, reducción de la ingesta de sal y eliminación del hábito de fumar<sup>16,28</sup>.

El estudio epidemiológico INTERSALT arroja una importante relación entre la disminución del consumo de sodio y el aumento del potasio para la reducción de la presión arterial en sujetos normotensos e hipertensos. Se ha estimado que una disminución de 3 mmHg en la presión arterial sistólica se asocia con una reducción de la mortalidad en un 8% por accidente cerebrovascular y en un 5% por enfermedades del corazón<sup>28</sup>.

Revisiones más recientes refieren que la reducción del sodio da lugar a una disminución del 1% en la presión arterial en las personas normotensas y un 3,5% en las personas hipertensas, estos efectos fueron estables en los estudios con una duración de dos semanas o más<sup>29</sup>. Para lograr dicha disminución es necesario conocer los alimentos que deben evitarse, los cuales son: enlatados, atún o sardinas, salchichas, jamón, sal de mesa, sal de ajo, queso, condimentos procesados, salsa de soya, papas fritas de paquete, galletas saladas y palomitas.

## **EPOC**

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, EPOC es causa de morbilidad a nivel mundial, para el 2012 murieron más de 3 millones de personas, el 6% de las muertes registradas para ese año; por otro lado, en países de ingresos bajos y medianos es donde se producen más del 90% de las muertes<sup>30,31</sup>. La causa principal

para desarrollarla es el consumo de tabaco, aunque no es curable, sí es susceptible de mejoría en términos de calidad de vida y aumento de la supervivencia<sup>31</sup>.

A fin de mejorar la función pulmonar y la calidad de vida de los pacientes con EPOC se hace indispensable que la persona adopte en la dieta el consumo de alimentos antioxidantes, frutas, verduras, fibra, cereales y aceite de oliva<sup>30</sup>. Se recomienda una relación baja de carbohidratos, ya que el cociente respiratorio de la glucosa es 1, Los pacientes que consumen alta carga de carbohidratos experimentan mayor consumo de oxígeno, mayor producción de CO<sub>2</sub>, incremento en el cociente respiratorio y tiempo mayor de ventilación minuto<sup>28</sup>. La proteína en exceso puede aumentar la producción de dióxido de carbono y reducir el suministro de oxígeno en los pulmones ya que tiene un equivalente del 0,8 en el cociente respiratorio. Por otra parte, los lípidos son el sustrato fundamental del pulmón, con un cociente respiratorio de 0,7, lo que se asocia con reducción del trabajo respiratorio. La dosis de los lípidos para la insuficiencia respiratoria es de 1,5 g/kg/día, sin sobrepasar los 2 g/kg/día<sup>32</sup>. Adicional a esto evitar la ingesta excesiva de líquidos ya que incrementa la carga en los pulmones al aumentar la presión de los vasos sanguíneos.

No se puede dejar de lado que la desnutrición es un factor común presente en los pacientes que padecen dicha enfermedad, como consecuencia de los síntomas como la disnea y la fatiga. La astenia que induce la desnutrición, hace que los pacientes con EPOC cursen con pobre tolerancia al ejercicio secundaria a la obstrucción al flujo de aire, al deterioro de la mecánica pulmonar y a la disfunción de los músculos principales y accesorios respiratorios, secundaria al bajo aporte de oxígeno<sup>29,33</sup>.

### **3. Importancia de la dieta en el tratamiento de las enfermedades crónicas**

Según la Organización Mundial de la Salud<sup>34</sup> las causas más importantes de cardiopatía y accidente cerebrovascular ACV son los malos hábitos alimentarios, inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol; los cuales pueden generar en las personas hipertensión arterial, hiperglucemia, hiperlipidemia y sobrepeso u obesidad, lo que incrementa el riesgo de sufrir ataques al corazón, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y otras complicaciones.

La evidencia actual demuestra que, la actividad física regular, la restricción del uso nocivo de alcohol y tabaco, el cambio en la alimentación, con un consumo mínimo de 5 porciones de frutas y hortalizas al día<sup>5,35</sup>, el aumento de grasas poliinsaturadas y monoinsaturadas además de una reducción de la sal y grasas saturadas, son factores que reducen la carga de enfermedad cardiovascular en la población, siendo este último componente el más importante<sup>34,36</sup>. A pesar de los enormes beneficios que tienen las frutas y las verduras para la salud, se requiere más estudios de intervención para establecer un mayor nivel de evidencia científica<sup>35</sup>

#### **4. Aspectos de la dieta**

##### **Ácidos grasos omega**

Desde el año 1970 se atribuyen beneficios para la salud y para las enfermedades cardiovasculares a una dieta rica en omega-3<sup>35</sup> Actualmente la recomendación es que sujetos en riesgo consuman pescado rico en ácidos grasos omega una o dos veces por semana, este es el caso de los hipertensos, a los cuales se les asocia una reducción de la presión arterial sistólica y presión arterial diastólica en promedio de 2.5 y 4.0 mm Hg, tras el consumo de estos ya sea en suplementos de aceite de pescado

o pescado<sup>28</sup>.

La dieta mediterránea, caracterizada por un alto consumo de verduras, jengibre, orégano, pimentón, albahaca, tomillo, pimienta, pescado, atún blanco enlatado en agua, almejas, pistachos, almendras, nueces, avellanas, aceite de oliva y el consumo moderado de vino, cumple con los requerimientos de ácidos grasos omega 3 necesarios para la reducción del riesgo cardiovascular.

### **Hábitos dietéticos**

Los hábitos dietéticos con mayor impacto sobre la salud y de los cuales se tiene evidencia científica son la dieta mediterránea, la DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) y la vegetariana.

La dieta mediterránea se caracteriza por ser rica en verdura, fruta, legumbres, nueces, lácteos desnatados y pescado y es pobre en carne, especialmente roja, el principal suministro calórico de esta dieta es el aceite de oliva virgen y el alcohol se consume con moderación. Por lo tanto, es rica en Magnesio (Mg), Potasio (K), fibra, antioxidantes y ácidos grasos monoinsaturados<sup>27</sup>. El uso de esta dieta ha demostrado que reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular, previene y disminuye la tensión en pacientes hipertensos, adicional a esto se le atribuyen reducciones en los niveles de colesterol total, así como en las concentraciones del colesterol lipoproteína de baja densidad (LDL)<sup>27,36</sup>. El estudio PREDIMED (prevención con dieta mediterránea) otorga el más alto nivel de evidencia científica sobre la dieta mediterránea afirmando que proporciona salud al corazón<sup>35</sup>.

La dieta DASH conlleva la reducción de las grasas, carne roja, dulces y las bebidas azucaradas, reemplazándolos por granos integrales, carne de aves, lácteos

descremados, pescado y frutos secos, es recomendado por la Asociación Americana del Corazón<sup>27,37</sup> Los beneficios que se le atribuyen a este hábito dietético son la disminución de peso y un importante control de la hipertensión arterial, reduciendo la presión arterial sistólica de 8 a 14 mmHg<sup>37</sup>

Para finalizar, la dieta vegetariana es aquella en la que se eliminan los productos de origen animal, se denomina vegano al que practica estrictamente este hábito, basando su dieta en el consumo de fruta, verdura, cereales, legumbres, soja y frutos secos; por otro lado, los ovoláctovegetarianos consumen lácteos y huevos<sup>27</sup>. Los vegetarianos poseen un perfil lipídico y tensional más saludable, con cifras de tensión arterial tanto sistólicas en 3-14 mm Hg como diastólicas en 5-6 mmHg menores comparadas con las de los individuos no vegetarianos<sup>27</sup>, lo cual representa un menor riesgo de mortalidad cardiovascular.

Independientemente de la dieta utilizada, DASH, mediterránea, vegetariana u ovoláctovegetariana, se debe consumir habitualmente fruta, verdura, lácteos descremados y reducir el consumo de sal. Este tipo de dietas pueden prevenir el inicio de enfermedades como la hipertensión arterial, de igual forma mejora las cifras tensionales en hipertensos y potenciar el efecto de los fármacos hipotensores<sup>27</sup>. En consecuencia, a esto se reconoce la importancia de implementar cambios nutricionales en los adultos mayores.

Pretender introducir en el adulto mayor cambios tan extremos como los hábitos dietéticos anteriormente nombrados no es viable, por condiciones sociodemográficas inherentes a la población, como la ausencia de recursos económicos suficientes para cumplir con la dieta, disposición al cambio y la cultura propia; las intervenciones nutricionales en este tipo de población deben estar encaminadas a introducir cambios

graduales, incrementando el consumo de frutas y verduras de mayor producción en la región y reemplazando las gaseosas o refrescos azucarados por jugos de frutas sin azúcar. A pesar de que se cuenta con información amplia que soporta los beneficios de esos hábitos alimenticios, la evidencia científica es insuficiente cuando se quiere contextualizar hacia los adultos mayores<sup>16</sup>.

## **5. Valoración nutricional del adulto mayor**

En consecuencia, con lo expuesto anteriormente es evidente que la evaluación del estado nutricional en el adulto mayor no debe ser focalizada únicamente en la enfermedad crónica que padece, por el contrario, un sin número de factores de tipo físico, psicológico, conductual y económico contribuyen tanto positiva como negativamente en los hábitos alimentarios.

La valoración nutricional es una herramienta por medio de la cual el profesional de enfermería, logra prevenir, diagnosticar y educar al adulto con enfermedad crónica de manera integral e individualizada, teniendo en cuenta los múltiples aspectos que se derivan de la misma, entendiendo que los hábitos alimentarios son un conjunto de acciones influenciadas por la cultura, el acceso económico y la conciencia sobre la patología.

## **6. Decidirse al cambio**

La decisión de cambio es un juicio personal, el cual requiere de habilidades como voluntad y autocontrol, con el objetivo de que el individuo sea capaz de renunciar a ciertas satisfacciones, adicional a esto es un proceso que toma tiempo y en el cual es

de vital importancia el apoyo de la familia y del personal de enfermería, para cambiar las conductas de salud y resolver las eventualidades que puedan presentarse por la enfermedad crónica que padece.<sup>18</sup>.

Landeros-Olvera et al definen decisión de cambio en personas con enfermedades crónicas como: “el proceso de elección que requiere de intención y actitud para comprometerse con responsabilidad en el mejoramiento de la conducta de salud, de manera efectiva y permanente con respecto a las condiciones sociales y emocionales a las que una persona es sometida ante la presencia de una enfermedad crónica, y que requiere de manera impostergable el apoyo familiar y profesional de salud”<sup>18</sup>.

Este proceso está formado por diferentes fases, en las cuales se pueden presentar mejoras, recaídas, frustración y resentimiento, esto teniendo en cuenta que los comportamientos son difíciles de modificar pues muchos son comportamientos impartidos culturalmente<sup>16</sup>. Se requiere responsabilidad y compromiso como clave para conseguir cambios en la conducta<sup>18,38</sup>.

Para lograr que el tratamiento sea exitoso y la adherencia sea efectiva a largo plazo debe darse un esfuerzo en conjunto del paciente y el personal de salud, por medio de la creación de un vínculo terapéutico, en el que se destacan la actitud y las habilidades interpersonales del profesional<sup>18,38</sup>. El término adherencia está generalmente asociado con las habilidades para mantener comportamientos relacionados con un plan de cuidados, para lograrlo, el paciente necesita descubrir y encontrar sus propias motivaciones y soluciones, analizar las ventajas y desventajas, resolviendo la ambivalencia del cambio, mientras que el profesional hace de guía y proporciona las herramientas necesarias para lograrlo<sup>38,39</sup>.

Una persona que padece alguna enfermedad crónica necesita desarrollar atributos de

autodirección y autodeterminación. La autodirección haciendo referencia al deseo de progresar, disposición para la experiencia, sentimiento de libertad, espontaneidad, confianza en sí mismo para tomar decisiones con objetivos coherentes. La autodeterminación es una etapa donde el paciente se apropia de su situación, enfrentando las eventualidades que se presentan, siendo consciente de la prevención para controlar síntomas de alarma; por ejemplo: comer sano, hacer ejercicio, controlar su estrés, conservar el peso, entre otros<sup>18</sup>.

Las fases iniciales de las enfermedades crónicas no son una tarea fácil, dado que a falta de síntomas que incapacitan su vida cotidiana, las personas no requieren o no perciben la necesidad de obtener ayuda. El curso de las enfermedades como la hipertensión y la diabetes mellitus 2 son silenciosas, no causan dolor o incapacidad lo que genera que las personas no se perciban enfermas. En el momento en que percatan gravemente afectada su salud es cuando deciden iniciar y mantener conductas de cambio, a fin de no sentir los síntomas de la enfermedad, estas conductas radican en realización de ejercicio, buena alimentación, eliminar el consumo de tabaco y disminución del estrés entre otras<sup>40</sup>, con la claridad de que la enfermedad crónica no se curará<sup>35</sup>, sólo se logrará mantener controlada y evitar su progresión, así como la conciencia de que en cualquier momento podrían tener problemas de salud si abandonan su nuevo estilo de vida.

## **7. Educación en salud para la nutrición**

La educación es una herramienta muy útil a emplear en el adulto mayor con enfermedad crónica, con la cual se desea fomentar el autocuidado. Esta puede ser definida como un proceso que mejora el conocimiento y las habilidades del paciente

frente a comportamientos de salud adecuados; con el fin de cumplir dos objetivos fundamentales, el primero es capacitar a las personas para tomar decisiones informadas sin confrontación ni sometimiento y el segundo es conseguir su participación con una actitud crítica y una intervención en las decisiones que mejoren la calidad de vida<sup>39,41</sup>.

Es una estrategia esencial para la promoción de la salud, el personal de enfermería es uno de los principales mediadores para que esto ocurra, siendo esta actividad el centro del quehacer de la profesión. La comunicación efectiva resulta ser una herramienta propicia para dicho fin, la cual transmite el mensaje, permitiendo que este no sólo sea escuchado, sino que también sea comprendido y creído, logrando un intercambio sincero de pareceres entre el profesional y el paciente por medio de la compenetración y empatía<sup>41,42</sup>.

Los adultos mayores tienen establecidas sus prácticas cotidianas y sus hábitos alimentarios, por lo tanto, la educación nutricional que se ofrezca a estas personas debe enfocarse en identificar la oferta de alimentos a los que se tiene acceso y los conocimientos o habilidades relacionados con la ingesta. El enfoque educativo debe ser funcional, es decir, estar relacionado con los problemas concretos que las personas enfrentan diariamente y ajustado a sus necesidades; orientado a comprender mejor los problemas de salud que tienen, a ayudar a tomar sus propias decisiones, discutir sus causas y analizar la mejor manera de solucionarlos, utilizando estímulos de refuerzo positivo que relacione una alimentación saludable con una mejor calidad de vida y autonomía<sup>16,41</sup>.

## **Conclusiones**

La revisión de la literatura respecto a la nutrición en el adulto mayor refleja la repercusión negativa que tiene una dieta inadecuada en el riesgo y deterioro de las personas con enfermedades crónicas. Sin embargo, no se hace suficiente énfasis en la relación de éste resultado con las características propias de la población, tales como los cambios generados por el envejecimiento, la cultura y los factores sociodemográficos; aun cuando se tiene en cuenta que son los adultos mayores quienes mayoritariamente las padecen; es así, como se identifica el aporte que el profesional de enfermería puede hacer en esta población, por medio de la educación como la herramienta más confiable para lograr encaminar al adulto mayor en la adopción de hábitos nutricionalmente saludables.

La adopción de hábitos alimentarios adecuados se reconoce como un componente importante para la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas, muchos individuos en riesgo o que ya padecen una enfermedad no cumplen con el asesoramiento dietético recomendado. Esto como reflejo de la ausencia de una relación terapéutica empática con el personal sanitario; el adulto mayor debe ser acompañado y asesorado en este proceso que implica voluntad y autocontrol para lograr cambios significativos ajustados a las necesidades económicas, culturales y de la patología.

La nutrición, aunque no es una actividad específica del profesional de enfermería, es un ámbito en el que se puede instaurar un plan de cuidados enfocado en la prevención y la educación frente a la adherencia a hábitos nutricionalmente saludables en el adulto mayor con enfermedad crónica.

Frente a la modificación dietética en esta población se debe tener en cuenta que no será fácil lograr un cambio ya que algunas conductas que no benefician la salud son

comportamientos culturalmente aceptados, transmitidos de generación en generación; se deben hacer cambios paulatinos y reales.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

### **Financiación**

Artículo derivado de la investigación: “Efecto de la Visita Domiciliaria Interdisciplinaria en la Adherencia Terapéutica en Personas adultas mayores Colombianas con enfermedad crónica”. Financiado por la dirección de investigación de la universidad de la Sabana. Chía -Colombia

### **Agradecimientos**

A la Enfermera Beatriz Sánchez Herrera, **Magíster en Enfermería**. Profesora de alto prestigio de la Universidad de La Sabana por su permanente colaboración y asesoría en la temática.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2015. [consulta el 6 de octubre de 2016]. Disponible en <http://bit.ly/1NyqJiQ>
2. Varela-Pinedo LF. Nutrición en el Adulto Mayor: Nutrition in the elder population. Rev Med Hered 2013,24(3): 183-85 [consulta 6 octubre 2016]. Disponible: <http://bit.ly/2lLutp4>
3. da C B-Vasconcelos CM, Schubert-Backes VM, Martin- Gue J. La evaluación en la enseñanza de grado en enfermería en América Latina: una revisión integrativa. Portugal, Enfermería Glob, 2011 10, (3) [consulta el 11 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2kG0QjF>
4. Rodríguez D, Rodríguez M, Tortosa V. Revisión Teórica; Alimentación y Nutrición en el Anciano. En: Gázquez Linares JJ, Pérez Fuentes MC, Molero Jurado MM, et al (Comps). Investigación en Salud y Envejecimiento. Vol 1. Almería, España: ASUNIVEP 2014. Cap. 23; 147-51.
5. Organización Mundial de la Salud, FAO. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Ginebra: OMS; 2003. [consulta 6 octubre 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/OOEVqK>
6. Díaz-Portillo AJ, Luna-Toro A, Revidiego-Pérez MD. Personas de edad avanzada y nutrición. En: Gázquez Linares JJ, Pérez Fuentes MC, Molero Jurado MM, et al (Comps). Investigación en salud y envejecimiento. Vol 1. Almería, España: ASUNIVEP;Capítulo 21 ; 2014. p. 135-9.
7. Restrepo-M SL, Morales-G RM, Ramírez-G M, et al. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. Rev chil nutr ,2006; 33(3): 500-10. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182006000500006>
8. Moreno-Fergusson ME, Alvarado-Garcia A. Adaptación y cuidado en el ser humano una visión de Enfermería: Adaptación y cuidado del anciano sano, Manual Moderno; Colombia, 2007 , 222-44.
9. Portilla Franco ME, Tornero Molina F, Gil Gregorio P. La fragilidad en el anciano con enfermedad renal crónica. Nefrología (Madr), 2006, 36(6): 7.

- <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2016.03.020>
10. Estruch R, Ros E, Salas J, et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *N Engl J Med* 2013; 368: 1279-90  
<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1200303>
  11. Chen J, Zhao W. Diet, Nutrition and Chronic Disease in Mainland China, *Journal of Food and Drug Analysis*, 2012; 20(1), 222-25, [consulta 16 octubre 2016].  
Disponible en: <http://bit.ly/2lellVp>
  12. Rees K, Hartley L, Flowers N, et al. Mediterranean' dietary pattern for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 12;(8). <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009825.pub2>.
  13. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva Enfermedades no transmisibles. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: [consulta 8 octubre 2016].  
Disponible en: <http://bit.ly/1oYZqiU>
  14. Bolet-Astoviza M, Socarrás-Suárez MM. Morbilidad y estado nutricional en pacientes de la tercera edad. *Cuba .Rev haban cienc méd* 2007: 6 (4). [consulta 16 octubre de 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2lreJqJ>
  15. Reséndiz E, Aguilera P, Rocher ME. Estilo de vida e índice de masa corporal de una población de adultos del sur de Tamaulipas, México. *Aquichan* 2010; 10(3): 244-252. [consulta 8 octubre 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2kGuiGx>
  16. Landeros-Olvera E, Benavides R, Frederickson K, et. al. Análisis de concepto: “decisión de cambio” para mejorar las conductas de salud en el contexto de las enfermedades crónicas en adultos. Colombia. *Aquichan* 2013;13(1): 57-68. [consulta 8 octubre 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2kxgR0k>
  17. Thomas D, Elliott E, Baur L. Dietas de bajo índice glucémico o baja carga glucémica para el sobrepeso y la obesidad. Oxford, Cochrane, 2009; (4). [consulta 8 octubre 2016]. DOI: 10.1002 / 14651858.CD005105.pub2
  18. Didac M, Orozco LJ, Buchleitner AM, et al. Ejercicio o ejercicio y dieta para la prevención de la diabetes mellitus tipo 2. *Cochrane Plus*, 2008 (4). [consulta el 8 de octubre de 2016]. DOI: 10.1002 / 14651858.CD003054.pub3
  19. International diabetes federation. *Diabetes Atlas IDF - 7th edition*. Brussels, Belgium: IDF, 2015.[consulta 8 octubre 2016]. Disponible en:

<http://www.diabetesatlas.org/>

20. Van-Huffel L, Tomson CV, Ruige J, et al. Dietary Restriction and Exercise for Diabetic Patients with Chronic Kidney Disease: A Systematic Review. Plos One 2014. 9(11): e113667. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0113667>
21. Asociación Americana de Diabetes. Diabetes tipo 2 [consulta el 10 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2kZPCra>
22. Whitham D. Nutrition for the Prevention and Treatment of Chronic Kidney Disease in Diabetes. Can J Diabetes. 2014; 38 (5):344-8.
23. Thomas D, Elliott EJ, Dietas de índice glucémico bajo o carga glucémica baja para la diabetes mellitus. Low glycaemic index, or low glycaemic load, diets for diabetes mellitus. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009; 3. [consulta 10 octubre 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2IHSrRw>
24. Peña-Amaro MP, García-López J, Lupiáñez-López Y, et al. Educación para la salud renal en personas mayores desde un centro de atención primaria; Gerokomos 2011; 22(3): 109-14. [consulta el 10 octubre 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2II4e2p>
25. Valero-Zanuy MA. Nutrición e Hipertensión Arterial. Hipertensión, 2013;30(1):18-25. [http:// 10.1016/j.hipert.2012.09.004](http://10.1016/j.hipert.2012.09.004)
26. Casas-Agustench P, López-Uriarte P, Ros E, et al. Nuts, hypertension and endothelial function. Nutr Metab Cardiovas Dis. 2011; 6(21): 21-33. <http://dx.doi.org/10.1016/j.numecd.2011.01.009>.
27. Graudal NA, Hubeck-Graudal T, Jurgens G. Efectos de una dieta baja en sodio versus una dieta alta en sodio sobre la presión arterial, la renina, la aldosterona, las catecolaminas, el colesterol y los triglicéridos. Effects of low sodium diet versus high sodium diet on blood pressure, renin, aldosterone, catecholamines, cholesterol, and triglyceride. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 (11). [consulta 11 octubre de 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2Ilijqw4>
28. De los Santos-Izquierdo JM, Peña-Molinero C, Ortega-Barriuso R, et al. Revisión de evidencias sobre la influencia de la dieta en la evolución de la EPOC. Enferm. glob. 2012; 11(4): 323-36. [consulta 16 octubre 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2m4rNmz>

29. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Ginebra; OMS; 2016. [consulta 11 octubre 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/1oSlzkt>
30. Cabrales-Vega R. Soporte Nutricional en Enfermedad Pulmonar: Una revisión sistemática. Investigaciones Andina. 2010; 12(21):71-86. [consulta 11 octubre 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2m4Ghmv>
31. Taylor RS, Ashton KE, Moxham T, et al. Reduced dietary salt for the prevention of cardiovascular disease: a meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Hypertens 2011; 24(8):843–53. <http://dx.doi.org/10.1038 / ajh.2011.115>.
32. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades Cardiovasculares. Ginebra: OMS; 2015. [consulta el 11 de octubre de 2016] Disponible en <http://bit.ly/1mGUkbF>
33. Berciano S, Ordovás JM. Nutrición y Salud Cardiovascular. Rev Esp Cardiol, 2014; 67 (9): 738-47. <http://dx.doi.org/ 10.1016/j.recesp.2014.05.003>
34. Rees K, Dyakova M, Wilson N, et al. Dietary advice for reducing cardiovascular risk (Review). Cochrane 2013, (12). <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002128.pub5/pdf>
35. Sosa-Rosado J. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. An. Fac. med. 2010; 71 (4):241-244. [consulta 11 octubre 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2l45NnE>
36. Goikoetxea-Malbadi E; Vega-Romero, F. La entrevista motivacional como estrategia para el cambio de conducta en el tratamiento de la obesidad. Madrid, CIENSALUD, Biociencias. 2014; (9). [consulta 11 octubre 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2lCRCsT>
37. Guerra-Guerrero VT; Díaz-Mujica AE.; Vidal-Albornoz K. La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica. Rev Cubana Enferm 2010; 26 (2): [consulta 11 octubre 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2lly72y>
38. Jewell T, Rossi M, Triunfo P. El Estado de salud del adulto mayor en América Latina. Cuad. Econ; 2007;26(46):147-67. [consulta 11 octubre 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2kVXr0h>

39. Arratia F, Masalán, P. Bioética en la educación para la salud/Componentes esenciales de enfermería. *Persona y Bioética*. 2001; 4(5): 11-12.
40. Tkáčová R, Pobeha P, Ukropcova B, et al. Macronutrient preferences in patients with chronic obstructive pulmonary disease and hypoxemia. *Nutrition* 2011; 27 (10): 1093-94. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nut.2011.02.006>
41. Del Pezo-Parrales AG. Tratamiento dietético nutricional en enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Tesis. Guayaquil-Ecuador
- 42., INTEC; 2013. [consulta el 11 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2mitTv8>
43. Aranceta-Bartrina J. Nuevos retos de la nutrición comunitaria. *Rev Esp Nutr Comunitaria* 2010;16(1):51-55. [http://dx.doi.org/10.1016/S1135-3074\(10\)70013-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1135-3074(10)70013-2)
44. Ortiz M, Aguilera A, Hernández C. Vulnerabilidad del anciano ante la nutrición Volumen I. En: Gázquez Linares JJ, Pérez Fuentes MC, Molero Jurado MM, et al (Comps). *Investigación en Salud y Envejecimiento*. Vol 1. Almería, España: ASUNIVEP 2014. Cap 22, p. 141-45.