

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

DANIEL GUILHERME DE ANDRADE

**ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS HOSPITALIZADOS NUMA
ENFERMARIA NEUROLÓGICA**

RECIFE

2019

DANIEL GUILHERME DE ANDRADE

**ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS HOSPITALIZADOS NUMA
ENFERMARIA NEUROLÓGICA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de nutrição da faculdade pernambucana de saúde, apresentado no Instituto de Medicina integral Fernando Filgueira (IMIP)

Orientadora: Lilian Guerra Cabral Santos

Coorientadora: Paola Frassinette de Oliveira
Albuquerque Silva

RECIFE

2019

SUMÁRIO

1 RESUMO.....	4
2. ABSTRACT.....	5
3. RESUMEN.....	6
4 INTRODUÇÃO.....	7
5 OBJETIVO.....	7
6 MÉTODO	8
7 RESULTADOS.....	8
7.1 TABELA 1.....	9
7.2 FIGURA 1.....	10
8 DISCUSSÃO.....	10
9 CONCLUSÃO.....	11
10 REFERENCIAS.....	12
ANEXOS.....	15
ANEXO A – NORMAS DA REVISTA.....	15

ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS HOSPITALIZADOS EM UMA ENFERMARIA NEUROLOGICA

ANDRADE, DANIEL GUILHERME¹; SILVA, PAOLA FRASSINETTE DE
OLIVEIRA ALBUQUERQUE²; SANTOS, LILIAN GUERRA CABRAL³.

1: GRADUANDO EM NUTRIÇÃO FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

2: TUTORA DA FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE E
NUTRICIONISTA DO INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRADA PROFESSOR
FERNANDO FILGUEIRA / IMIP

3: NUTRICIONISTA DO INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRADA PROFESSOR
FERNANDO FILGUEIRA / IMIP

RESUMO

Introdução: Nos últimos anos devido a transição demográfica e epidemiológica, houve um prolongamento da expectativa de vida. Em paralelo observamos também um aumento das doenças crônicas não transmissíveis, entre elas o acidente vascular cerebral. O envelhecimento e a presença de DCNT podem se relacionar com o estado nutricional do idoso devido as alterações fisiológicas que ocorrem com o decorrer da idade. **Objetivo:** Analisar o estado nutricional de idosos internados em uma unidade neurológica de um hospital escola do Recife/PE. **Método:** O presente estudo tem característica transversal descritivo, realizada na enfermaria neurológica do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, entre o período de janeiro e agosto de 2019. Foram analisados as variáveis sexo, idade, diagnóstico clínico e nutricional através da aferição do peso, altura, e Índice de Massa Corpórea. Para análise estatística os dados foram lançados no programa Microsoft Office Excel e analisados no SPSS versão 13.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA), sendo representados em percentuais, médias e desvio padrão. **Resultados:** A amostra foi composta por 41 idosos, com idade média de $71,18 \pm 6,94$ anos, com maior prevalência do sexo masculino (56,1%). O principal motivo de internamento foi pelo diagnóstico de AVCi (61,0%) a comorbidade mais frequente foi o a hipertensão (41,0%). O perfil nutricional, pelo IMC, revelou prevalência de eutrofia (43,9%). Sobre o estilo de vida a maioria mostrou-se sedentário, tabagista e usuários de bebida alcoólica respectivamente (70,0%, 48,8% e 53,7%). **Conclusão:** O envelhecimento da população traz alguns desafios para aos profissionais de saúde, e a avaliação nutricional é uma etapa importante para definir condutas e melhorar o estado nutricional do paciente idoso.

Palavras-Chaves: Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Envelhecimento e Estado nutricional

ABSTRACT

Introduction: In recent years due to demographic and epidemiological transition, life expectancy has been prolonged. In parallel, we also observed an increase in non-communicable chronic diseases, including stroke. Aging and the presence of NCDs may be related to the nutritional status of the elderly due to physiological changes that occur with age. **Objective:** To analyze the nutritional status of elderly in a neurological unit of a teaching hospital in Recife / PE. **Method:** The present study has a descriptive cross-sectional characteristic, performed in the neurological ward of the Professor Fernando Figueira Institute of Integral Medicine - IMIP, between January and August 2019. The variables gender, age, clinical and nutritional diagnosis were analyzed through the measurement Weight, Height, and Body Mass Index. For statistical analysis, data were released using Microsoft Office Excel software and analyzed using SPSS version 13.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA), and are represented as percentages, means and standard deviations. **Results:** The sample consisted of 41 elderly, with a mean age of 71.18 ± 6.94 years, with a higher prevalence of males (56.1%). The main reason for hospitalization was the diagnosis of stroke (61.0%) and the most frequent comorbidity was hypertension (41.0%). The nutritional profile by BMI revealed a prevalence of eutrophy (43.9%). Regarding lifestyle, most were sedentary, smokers and alcohol users respectively (70.0%, 48.8% and 53.7%). **Conclusion:** The aging of the population brings some challenges for health professionals, and nutritional assessment is an important step to define behaviors and improve the nutritional status of elderly patients.

Key-words: Noncommunicable Diseases, Aging e Nutritional Status

RESUMEN

Introducción: en los últimos años debido a la transición demográfica y epidemiológica, la esperanza de vida se ha prolongado. Paralelamente, también observamos un aumento en las enfermedades crónicas no transmisibles, incluido el accidente cerebrovascular. El envejecimiento y la presencia de ENT pueden estar relacionados con el estado nutricional de los ancianos debido a los cambios fisiológicos que ocurren con la edad. **Objetivo:** analizar el estado nutricional de los ancianos en una unidad neurológica de un hospital universitario en Recife / PE. **Método:** El presente estudio tiene una característica transversal descriptiva, realizada en la sala neurológica del Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP, entre enero y agosto de 2019. Las variables género, edad, diagnóstico clínico y nutricional se analizaron mediante la medición. Peso, altura e índice de masa corporal. Para el análisis estadístico, los datos se publicaron con el software Microsoft Office Excel y se analizaron con SPSS versión 13.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EE. UU.), Y se representan como porcentajes, medias y desviaciones estándar. **Resultados:** La muestra consistió en 41 ancianos, con una edad media de 71.18 ± 6.94 años, con una mayor prevalencia de varones (56.1%). El motivo principal de hospitalización fue el diagnóstico de accidente cerebrovascular (61,0%) y la comorbilidad más frecuente fue la hipertensión (41,0%). El perfil nutricional por IMC reveló una prevalencia de eutrofia (43,9%). En cuanto al estilo de vida, la mayoría eran sedentarios, fumadores y consumidores de alcohol respectivamente (70.0%, 48.8% y 53.7%). **Conclusión:** el envejecimiento de la población presenta algunos desafíos para los profesionales de la salud, y la evaluación nutricional es un paso importante para definir comportamientos y mejorar el estado nutricional de los pacientes de edad avanzada.

Palavras-Chaves: Enfermedades no Transmisibles, Envejecimiento e Estado Nutricional

INTRODUÇÃO

Entre os anos 40 a 60 houve uma transição demográfica pela qual a pirâmide etária modificou sua estrutura sendo os idosos mais predominantes devido a redução da fecundidade e da mortalidade, ao mesmo tempo que ocorreu uma transição epidemiológica onde houve uma melhora do manejo das doenças transmissíveis e maior prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)^{1,2,3}

As DCNT são um dos maiores problemas de saúde pública atualmente e têm gerado elevado número de mortes prematuras, levando a um alto grau de limitação e incapacidade para as atividades de vida diária e conseqüentemente, perda da qualidade de vida. Anualmente as DCNT respondem por 36 milhões, ou 63%, das mortes, com destaque para as doenças do aparelho circulatório. Cerca de 80% das mortes por DCNT ocorrem em países em desenvolvimento, caracterizados por um índice de qualidade de vida que vai até os 60 anos de idade.⁴

A doença cardiovascular é o um dos principais problemas clínicos na população idosa, com 68% dos indivíduos entre 60 e 79 anos apresentando essa patologia. Nos indivíduos com mais de 80 anos de idade, essa prevalência aumenta para 85%⁵. Apesar do declínio global da mortalidade cardiovascular, as doenças cardiovasculares continuam sendo a principal causa de morbidade e mortalidade, contribuindo para o aumento dos custos e dos cuidados com a saúde. Os fatores de risco como tabaco, baixa atividade física, dieta e envelhecimento cardiovascular resultam em hipertensão arterial, dislipidemia, alterações glicêmicas e obesidade central.^{6,14}

O crescimento socioeconômico acaba levando a mudança de hábitos tais como, diminuição da atividade física e realização da alimentação, na maioria dos casos, fora de casa, no qual se caracteriza uma alimentação com excesso de alimentos ultra processados, que possuem maior teor de ácidos graxos trans e saturados levando a um maior risco nutricional.⁷

O Índice de Massa Corporal (IMC) pode ser um método boa mensuração e de baixo custo para verificar um estado de multimorbidade e verificar a presença de risco nutricional para o desenvolvimento de DCNT. Diante disto, o estado nutricional e a situação sociodemográfica dos idosos pode predizer o risco do aumento dessas patologias nessa população.⁸

O envelhecimento e a presença de DCNT podem se relacionar com o estado nutricional do idoso devido as alterações fisiológicas que ocorrem com o decorrer da idade. Portanto, disto torna-se necessário o conhecimento sobre o estado nutricional do idoso para assim, discutir o papel dos hábitos saudáveis na hospitalização desse público.^{2,10,16}

OBJETIVOS

Avaliar o estado nutricional de idosos internados em uma unidade neurológica de um hospital escola do Recife/PE

MÉTODO

O presente estudo tem característica transversal descritivo, e o mesmo é parte integrante do projeto intitulado “Perfil nutricional de idosos com disfagia após acidente vascular cerebral isquêmico internados em um hospital escola do Recife”, com aprovação do comitê de ética pelo CAAE (04246418.6.000.5201).

A pesquisa foi realizada na enfermaria neurológica do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, entre o período de janeiro e agosto de 2019. A amostra foi composta por idosos de ambos os sexos, internados no período de 2019 e na clínica descrita, e que aceitaram participar da pesquisa com a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE.

Para coleta de dados foi utilizado um questionário contendo as variáveis sociodemográficas (sexo, idade e renda) e antropométricas (peso altura e IMC), diagnóstico clínico e estilo de vida (tabagismo, etilismo e pratica de atividade física).

Para as variáveis antropométricas foi avaliado o peso e a altura, sendo o peso aferido por uma balança digital Welmy W 110 H, do tipo plataforma, com estadiômetro acoplado, capacidade de 200 Kg e precisão de 100 g, em local plano. Após estabilização do peso, o valor foi registrado em quilograma (kg). Para aferição da altura em metros (m), foi realizada em posição ereta e de costas para o equipamento, com posterior leitura da estatura. O IMC foi calculado, através do peso dividido pela estatura ao quadrado. Para sua classificação, adotamos os critérios da Organização Pan-Americana de saúde (OPAS) para idosos. Sendo considerado abaixo de 23,0kg/m² baixo peso; 23,0kg/m² - 28,0kg/m² como eutrofia, 28,1kg/m² - 30,0kg/m² sobrepeso e >30,0kg/m² obeso.

Para análise estatística os dados foram lançados no programa Microsoft Office Excel e analisados no SPSS versão 13.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA), sendo representados em percentuais, médias e desvio padrão.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 41 idosos, com idade média de 71,18 ± 6,94 anos, com maior prevalência do sexo masculino (56,1%). Referente aos dados clínicos, a maioria dos idosos possuíam diagnóstico de AVCi + HAS (41%) e da quantidade de idosos com AVCi, em 61% foi o primeiro episódio. conforme apresentado na tabela 1.

De acordo com estilo de vida mais de 50% da amostra referiu utilizar bebida alcoólica, 51,2% referiu não ser tabagista e 75,6% não praticavam atividade física. Em relação aos dados socioeconômicos 71,4% recebiam entre 1 e 3 salários-mínimos e 68,3% recebiam algum auxílio do governo, conforme tabela 1.

Tabela 1 – Dados demográficos, socioeconômicos e clínicos de pacientes idosos hospitalizados em enfermaria neurológica de um hospital Escola do Recife-PE, janeiro a agosto de 2019

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	23	56,1
Feminino	18	43,9
Diagnóstico clínico (N=39)		
AVCi*	6	15,4
AVCi* + HAS**	16	41,0
AVCi* + DM***	2	5,1
AVCi* + HAS** + DM***	15	38,5
AVCi*		
1 episódio	25	61,0
2 episódios	14	34,1
3 episódios	2	4,9
Tabagismo		
Sim	20	48,8
Não	21	51,2
Etilismo		
Sim	22	53,7
Não	19	46,3
Prática de atividade física		
Sim	10	24,4
Não	31	75,6
Renda (N=28)		
Até 1 salários-mínimos	5	17,9
>1 a 3 salários-mínimos	20	71,4
>3 salários-mínimos	3	10,7
Recebe auxílio		
Sim	28	68,3
Não	13	31,7

*AVCi= acidente vascular cerebral isquêmico; **HAS= hipertensão arterial sistêmica;
 ***DM= diabetes mellitus

Referente ao estado nutricional foi verificada maior prevalência de eutrofia (43,9%) conforme descrito na figura 1.

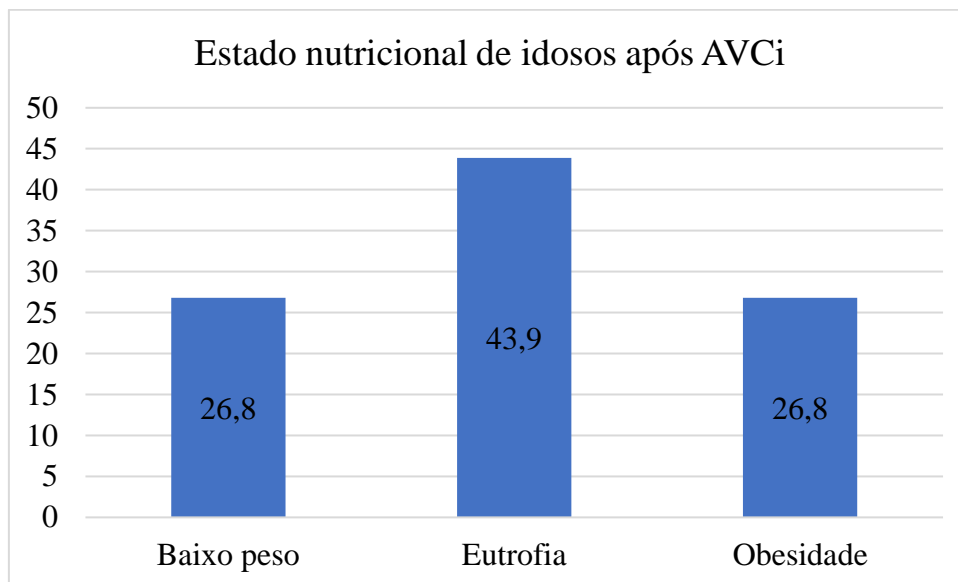


Figura 1 – Estado nutricional de pacientes idosos hospitalizados em enfermaria neurológica de um hospital Escola do Recife-PE, janeiro a agosto de 2019

AVCi= acidente vascular cerebral isquêmico

DISCUSSÃO:

Segundo os dados sociodemográficos, a idade média no presente estudo foi de 71,18 anos, o que mostra a interferência no aumento da expectativa de vida da população, como também ao aumento na sobrevivência dos pacientes com AVC e à melhoria no atendimento de pacientes nos setores de alta e média complexidade, dessa forma permitindo que atinja seja atingido o envelhecimento de forma saudável mais saudável, como também é mostrado no estudo de Pereira 2009^{19,21,27}

A predominância da renda mensal foi de 1-3 salários mínimos, o que condiz com o perfil de grande parte dos idosos brasileiros, que se caracteriza por baixo nível socioeconômico e educacional, apesar de não ter sido avaliado a escolaridade.^{21,25}

Os pacientes analisados nesse estudo demonstraram presença de fatores de risco para AVC, como alto índice de tabagismo (48,8%), consumo de álcool (50%) e sedentarismo (75,6%). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define “estilo de vida” como a maneira geral de viver. Nas duas últimas décadas, o estilo de vida na saúde tem sido investigado como fator influenciável na relação com o tratamento e o prognóstico de diversas doenças, como por exemplo, as cardiovasculares. Muitos fatores de riscos modificáveis estão ligados ao estilo de vida, como atividade física, hábitos alimentares, sono, estresse e relacionamento com amigos e familiares.^{20,21,27}

Devido ao aumento da idade, o idoso é acometido com um conjunto de alterações fisiológicas no organismo como a redução da visão, olfato, diminuição da secreção salivar, dificuldade de mastigação e constipação intestinal. O envelhecimento saudável

visa dar suporte às necessidades especiais desses indivíduos, criando um estilo de vida que inclui atividade física regular e uma dieta equilibrada com ausência de doenças. Por isso, torna-se necessária uma atenção para a nutrição, pois nesta fase existem diferentes implicações nutricionais que associados a fatores sociais, econômicos e psicológicos podem contribuir para o declínio e comprometimento de várias funções orgânicas que são vitais para essa população, dentre elas: desnutrição proteica calórica, alterações metabólicas, interações medicamentosas, entre outros.^{9,11,18,20}

A literatura demonstra que a desnutrição é um agravo prevalente em idosos, principalmente hospitalizados, seguido dos que vivem em asilos ou em programas de cuidados domésticos, que tende a piorar o quadro clínico, favorecendo no aparecimento de complicações associadas^{11,18,25,16}

Zanchim (2013) descreve que a desnutrição proteico-energética intra-hospitalar afeta entre 20% a 60% dos pacientes hospitalizados e está intimamente associada com a morbimortalidade nos idosos, o que pode ser resultado de fatores variados, entre eles: deficiências nutricionais prévias por problemas socioeconômico ou por doenças associadas, interação com medicamentos; tempo de permanência hospitalar, problemas psicológicos e longos períodos de jejum, piorando a evolução clínica e aumentando a incidência de infecções, retardo na cicatrização de feridas, maior tempo de permanência hospitalar, readmissões e custos adicionais para o sistema de saúde.^{18,28}

Em contrapartida, o presente estudo encontrou maior prevalência de pacientes eutróficos. O processo de hospitalização compreende uma intensa adaptação dos indivíduos, pois ocorrem diversas mudanças na sua rotina. O ajuste pode ser de maneira mais simples e rápida para alguns, no entanto, pode apresentar-se de modo difícil, requerendo mais tempo, esforço e uma assistência de maior intensidade, processual, sistematizada e com uma equipe multiprofissional, dessa forma pacientes que passam mais tempo internados podem ter quadros de desnutrição, os pacientes do presente estudo tiveram baixo tempo de internamento o que pode justificar os resultados diferentes da literatura.

A internação hospitalar é um problema frequente nas instituições, trazendo, uma enorme responsabilidade ao sistema de saúde.^{15,17} É frequente pacientes retornarem para o abrigo da família e à convivência social ainda tendo problemas, o que demanda assistência, isso porque a alta hospitalar baseia-se, principalmente, na solução dos sintomas e condições mais agudas e urgentes. Por isso, torna-se importante uma boa avaliação geriátrica para o planejamento dos cuidados, a efetividade do tratamento, a recuperação e a orientação do plano de alta^{21,22,23,24,28}

CONCLUSÃO:

O envelhecimento da população traz alguns desafios, para os profissionais de saúde. À medida que o tempo avança o risco de desenvolver DCNT, aumentando a chance de internação.

O estado nutricional dos pacientes idosos pode ser comprometido pelo AVC, presença de comorbidade entre outros eventos e requer vigilância nutricional. Desta forma, a avaliação nutricional é importante para definir condutas e adequação nutricional melhorando o estado nutricional do paciente idoso e assim melhorando a qualidade de vida do mesmo.

Portanto, a avaliação da dieta hospitalar é crucial para superar a etapa de diagnóstico e tentar explicações os níveis nutricionais dos pacientes. O nutricionista deve ocupar-se não apenas do diagnóstico nutricional, mas criar critérios de acompanhamento

e controle dos fatores que contribuem para os problemas nutricionais tanto por carência alimentar como por aqueles relacionados à obesidade^{13,26,27}. Todavia, não se deve esquecer que o estudo também revelou que 26,8% dos pacientes encontravam-se abaixo do peso ou obesidade.¹²

REFERENCIAS:

1. PEREIRA IFD, SPYRIDES MHC, ANDRADE LMB, Estado Nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(5), maio, 2016.
2. NEUMANN B, CONDE RS, LEMOS NRJ, MOREIRA RT, Associação entre o estado nutricional e a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos residentes no município de Roca Sales-RS. RBCEH, Passo Fundo, v.11, n.2,p.166-177, maio/agosto. 2014
3. NARSIF, O envelhecimento populacional no Brasil. Einstein. 2008; 6 (Supl 1): S4-S6
4. MALTA, C.D; STOPA R.S; SZWARCOWALD L.C; GOMES N.L; JÚNIOR S.B.J; REIS A.A.C; A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - pesquisa Nacional de Saúde, 2013. REV BRAS EPIDEMIOL DEZ 2015; 18 SUPPL 2: 3-16
5. LEENING M.J., FERKET B.S., STEYERBERG E.W., KAVOUSI M., DECKERS J.W., NIEBOER D., HEERINGA J., PORTEGIES M.L., HOFMAN A., IKRAM M.A., et al. Sex differences in lifetime risk and first manifestation of cardiovascular disease: Prospective population based cohort study. BMJ. 2014 Nov 17;349:g5992
6. MOZAFFARIAN D. Dietary and Policy Priorities for Cardiovascular Disease, Diabetes, and Obesity: A Comprehensive Review. Circulation. 2016 Jan 12;133(2):187-225.
7. DUNCAN BB; CHOR D; AQUINO MLE; BENSENOR ML; MILL GJ; SCHMIDT IM; et al.; Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação; Rev Saúde Pública 2012;46(Supl):126-34
8. CHRISTOFOLLETI M; STREB AR; DUCA GFD; Body Mass Index as a predictor of multimorbidity in the Brazilian population. Rev. bras. cineantropometria. desempenho hum; vol.20 n.6 Florianópolis Nov/Dec. 2018
9. SOARES WD, ROCHA PS, BARBOSA JP, SOARES PKD, Freitas DA; Estado nutricional em Idosos com Doenças Crônicas não Transmissíveis. Revist. Port: Saúde e Sociedade; 2016; 1(2):146-155
10. SCHERER R, SCHERER F, CONDE SR, BOSCO SMD, Estado nutricional e prevalência de doenças crônicas em idosos de um município do interior do Rio Grande do Sul. Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, 2013; 16(4): 769-779
11. AZEVEDO LC, FENILLI M, NEVES L, ALMEIDA CB, FARIAS MB, BREITKOPF T, et al. Principais fatores da mini-avaliação nutricional associada a alterações nutricionais de idosos hospitalizados. Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 36, no. 3, de 2007

12. FILHO JI. A ética na terapia nutricional. Revista Brasil de Nutrição Clínica vol 19, numero 2, abril 2004; 4005(2): 43;
13. OLIVEIRA PM, MOREIRA APB, GARIOS RS, ELIAS MAR, Comparação dos métodos de estimativa de peso e altura em pacientes hospitalizados. HU Revista, 2017; 43(4): 399-406;
14. FERREIRA FV, MELO TS, FELIX TA, ALEUDINEIA CUNHA FMAM, MATOS TA. TRIAGEM NUTRICIONAL NO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: PERFIL DE RISCO EM PACIENTES HOSPITALIZADOS. Revista Contexto & Saúde, 2017; 17(33): 88-97;
15. AGNIS D, RODRIGUES MA, BACKES SLH, ELISANGELA C. Risco nutricional em pacientes hospitalizados durante o período de internação. Nutr Clín Hosp, 2016; 36(3):146-52;
16. HERRERA, Edna Mayara Souza et al. Associação entre o perfil sociodemográfico e estado nutricional de indivíduos admitidos em um hospital universitário de Cuiabá-MT. 2018.
17. CENDRON G, SILVA LJ, CLOSS VE, SCHWANKE CHA, EL KIK RM. Estado Nutricional e Capacidade Funcional em idosos hospitalizados. Revista da Graduação, 2016; 9(1);
18. ZANCHIM MC, LIBERALI R, COUTINHO V. Estado nutricional de idosos hospitalizados em um hospital geral de alta complexidade do Estado do Rio Grande do Sul. Rev Bras Nutr Clin, 2013; 28(4): 292-9;
19. PEREIRA ABCN, ALVARENGA H, JUNIOR RSP, BARBOSA MTS. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública* 25 (2009):1929-1936;
20. CUNHA EFD, SILVA AML, SAAD KR, MELO TA, MARTINEZ BP, CARVALHO VO et al., Avaliação do estilo de vida de pacientes com infarto agudo do miocárdio admitidos em uma unidade coronariana. Rev. Soc. Bras. Clín. Méd, 2016;14(1):18-21;
21. SILVA GM, MENEZES GGS. Avaliação do perfil sócio demográfico e hábitos de vida dos pacientes hospitalizados no município de Lagarto, Sergipe. Scientia Plena, 2014;10(3);
22. GÜTHS JFS, JACOB MHVM, SANTOS AMPV, AROSSI GA, BERIA UJ. Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2017, 20(2):175-185;
23. MOURA LVC, PEDREIRA LC, MENEZES TMO, GOMES NP, COIFMAN AHM, SANTOS AA. Manejo de idosos com Acidente Vascular Cerebral: estratégias a partir de pesquisa-ação. Revista Brasileira de Enfermagem, 2018, 71(6);
24. AMANCIO LS, PASSOS JÚNIOR ME, CUNHA NM, NEGANO FEZ. RELAÇÃO ENTRE MASSA CORPORAL MAGRA E TEMPO DE INTERNAMENTO EM

IDOSOS ACOMPANHADOS EM UMA UNIDADE CORONARIANA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE CURITIBA-PR. Anais do EVINCI-UniBrasil, 2018,3(1): 262-262;

25. GALATI PC, VICENTINI FC, TOLEDO GCG. Caracterização do estado nutricional de idosos acamados atendidos em unidades de Estratégias de Saúde da Família no município de Batatais–SP. Revista da Associação Brasileira de Nutrição-RASBRAN, 2018, 9(2):111-117;

26. SANTOS CA, FIRMINO HH, ESMERALDO MLF, ALFENAS RCG, R COB, RIBEIRO AQ, et al., Perfil nutricional e fatores associados à desnutrição e ao óbito em pacientes com indicação de terapia nutricional. BRASPEN 2017 32(1): 30-5

27. SANTOS AS, MENEGUCE J, SCATENA LM, FARINELLI MR, SOUZA MC, DAMIÃO R. Estudo de base populacional: perfil sociodemográfico e de saúde em idosos. Rev. enferm. UERJ, 2018, 26: e21473-e21473;

28. OLIVEIRA MVP, BUARQUE DC. Síndrome de realimentação em idosos: estudo de uma série de cinco casos. Geriatrics, Gerontology and Aging, 2017, 11(1):18-24;

ANEXOS

ANEXO A- NORMAS DA REVISTA

Características.

Es la publicación científica oficial de la **Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación** (SEDCA) y se edita junto con la **Fundación Alimentación Saludable**. La Revista publica trabajos en español, portugués e inglés sobre temas del ámbito de la alimentación, la nutrición y la dietética. Exclusivamente se aceptan originales que no hayan sido publicados, ni estén siendo evaluados para su publicación, en cualquier otra revista sin importar el idioma de la misma.

- Modalidades de publicación.

Se admitirán originales que puedan adscribirse a las siguientes modalidades y tipos:

- **Artículos originales.** Descripción completa de una investigación básica o clínica que proporcione información suficiente para permitir una valoración crítica y rigurosa. La extensión máxima será de 14 páginas **INCLUYENDO** un máximo de 4 tablas, 4 figuras y hasta 30 referencias bibliográficas.
- **Colaboraciones cortas.** Se tratará de artículos originales de menor entidad cuya extensión no supere las 6 páginas **INCLUYENDO** hasta 2 tablas, 2 figuras y hasta 15 referencias bibliográficas.
- **Revisiones.** Serán revisiones de publicaciones anteriores relacionadas con un tema de interés que contengan un análisis crítico que permita obtener conclusiones. Actualmente **NO SE ADMITEN** revisiones **NO** solicitadas por los Editores. El texto tendrá que tener una extensión máxima de 14 páginas, 4 tablas, 4 figuras y 50 referencias.
- **Cartas a la revista:** relacionadas con artículos aparecidos en la publicación. Su extensión máxima será de 2 páginas.
- **Otros.** Adicionalmente, se admitirán para su publicación casos clínicos, noticias, informes, conferencias, cursos, convocatorias de reuniones y congresos así como de premios y becas. La extensión y forma de presentación de los textos recibidos para este apartado estarán sujetos sin notificación previa a las modificaciones que el Comité Editorial estime convenientes.

Tipo de originales	Extensión máxima	Figuras	Tablas	Citas
Artículos	14 pg	4	4	30
Colaboraciones cortas	6 pg	2	2	15
Revisiones	14 pg	4	4	50
Cartas	2 pg	1	1	5

- Elaboración de originales.

La preparación del manuscrito original deberá de hacerse de acuerdo las Normas y Requisitos de Uniformidad del Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas (versión oficial en inglés accesible en la dirección electrónica: <http://www.icmje.org>. Para la traducción en español puede revisarse el enlace URL: <http://www.metodo.uab.es/enlaces.htm>).

IMPORTANTE:

El manuscrito deberá presentarse con un formato unificado: fuente Times New Roman, tamaño 12 puntos e interlineado sencillo.

Para la correcta recepción de los originales deberá incluirse siempre:

1. Carta de presentación.

Deberá hacer constar en la misma:

- Tipo de artículo que se remite
- Declaración de que es un texto original y no se encuentra en proceso de evaluación por otra revista.
- Cualquier tipo de conflicto de intereses o la existencia de implicaciones económicas.
- La cesión a la Revista de los derechos exclusivos para editar, publicar, reproducir, distribuir copias, preparar trabajos derivados en papel, electrónicos o multimedia e incluir el artículo en índices nacionales e internacionales o bases de datos.
- Los trabajos con más de un autor deben ser leídos y aprobados por todos los firmantes.
- Los autores deben declarar como propias las figuras, dibujos, gráficos, ilustraciones o fotografías incorporadas en el texto. En caso contrario, deberán obtener y aportar autorización previa para su publicación y, en todo caso, siempre que se pueda identificar a personas.
- Datos de contacto del autor principal: nombre completo, dirección postal y electrónica, teléfono e institución.
- Si se tratase de estudios realizados en seres humanos, debe enunciarse el cumplimiento de las normas éticas del Comité de Investigación o de Ensayos Clínicos correspondiente y de la Declaración de Helsinki vigente, disponible en español en la URL: <http://www.metodo.uab.es/enlaces.htm>

2. Título.

Se indicarán, en página independiente y en este orden, los siguientes datos:

- Título del artículo en español o portugués y en inglés.
- Apellidos y nombre de todos los autores, separados entre sí por una coma. Se aconseja que figure un máximo de ocho autores. Mediante números arábigos, en superíndice, se relacionará a cada autor, si procede, con el nombre de la institución a la que pertenecen.
- Dirección de correo-e que desean hacer constar como contacto en la publicación y que coincidirá con la señalada por el autor principal.

ATENCIÓN: para referirse a cada autor solamente se citará su Centro de trabajo (Departamento, Facultad, etc.) y la Universidad o institución a la que pertenece, sin citar estudios, cargo del autor, etc. La ciudad, provincia, estado, etc. solo se añadirá cuando pueda producirse confusión.

CONTACTO: La dirección de correo-e es aquella que a) desea que figure como contacto en su artículo y b) la ÚNICA con la que se podrá mantener relación escrita con la revista. No se recibirá ni responderá correspondencia de otros autores ni con otras direcciones de correo.

3. Resumen.

La extensión máxima será de 300 palabras. Deberá ser comprensible por sí mismo. Los originales remitidos en inglés, serán redactados íntegramente en este idioma.

Los originales remitidos en español, contendrán un resumen redactado obligatoriamente en los siguientes idiomas: a) español y b) inglés. En el caso de los originales en portugués, el resumen será remitido en a) portugués, b) español y c) inglés. No debe incluir citas bibliográficas ni palabras abreviadas.

Se respetará siempre la estructura habitual:

- Introducción
- Objetivos
- Métodos
- Resultados
- Discusión
- Conclusiones

4. Palabras clave.

Debe incluirse al final de resumen un máximo de 5 palabras clave que coincidirán con los Descriptores del Medical Subjects Headings (MeSH) accesible en la URL siguiente:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=mesh>

5. Abreviaturas.

Se incluirá un listado de las abreviaturas presentes en el trabajo con su correspondiente explicación.

La primera vez que aparece la palabra que se quiere abreviar, tanto en el resumen como en el texto, ésta estará seguida de la abreviatura entre paréntesis. En el resto del texto ya puede aparecer la abreviatura sin más añadidos.

6. Texto.

De acuerdo a la estructura siguiente:

- | | |
|----------------|----------------|
| • Introducción | • Discusión |
| • Objetivos | • Conclusiones |
| • Métodos | • Bibliografía |
| • Resultados | |

Es necesario especificar, en la metodología, el diseño, la población estudiada, los sistemas estadísticos y cualesquiera otros datos necesarios para la comprensión perfecta del trabajo.

7. Agradecimientos.

En esta sección se deben citar las ayudas materiales y económicas, de todo tipo, recibidas señalando la entidad o empresa que las facilitó. Estas menciones deben de ser conocidas y aceptadas para su inclusión en estos "agradecimientos".

8. Conflicto de intereses.

Deberán detallarse los posibles conflictos de intereses en este apartado.

9. Bibliografía.

Tienen que cumplir los Requisitos de Uniformidad del Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), como se ha indicado anteriormente.

Las referencias bibliográficas se ordenarán y numerarán por orden de aparición en el texto, identificándose mediante números arábigos en superíndice. Si la referencia tiene más de seis autores, se incluirán los seis primeros autores y a continuación se escribirá et al.

Para citar las revistas médicas se utilizarán las abreviaturas incluidas en el Journals Database, disponible en la URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>) o, en su defecto, las incluidas en el catálogo de publicaciones periódicas en bibliotecas de ciencias de la salud españolas (<http://www.c17.net/c17/>).

9. Figuras y fotografías.

Las tablas y figuras se ordenarán y numerarán por orden de aparición en el texto, identificándose mediante números arábigos en el título, el cual, se colocará arriba de la tabla o figura. En el texto deberán ser referidas dentro de una oración o entre paréntesis.

El título y contenido de cada tabla o figura debe permitir la comprensión de la misma sin necesidad de acudir al escrito. No deberá replicarse contenido del texto en las tablas o figuras. Las tablas se adjuntarán al final del documento con el mismo tipo de fuente que el texto, en blanco y negro.

Las figuras se adjuntarán al final del documento, detrás de las tablas. Se realizarán utilizando programas informáticos adecuados que garanticen una buena reproducción (300 píxeles de resolución por pulgada) en formato BMP, TIF ó JPG. No se admiten ficheros de Power-point, PDF ni similares. Las figuras preferiblemente serán en color.

- Envío de originales.

Los trabajos se remitirán por vía electrónica **utilizando exclusivamente** el formulario disponible en la web de la revista. Recuerde revisar las indicaciones para los autores que aparecen en el formulario de envío: revista.nutricion.org/formulario_envio.htm

ATENCIÓN: Debido al elevado número de originales que recibimos, se ha limitado el número de artículos que un mismo autor puede remitir a la revista a **DOS** originales cada año.

- Evaluación de originales.

Los trabajos remitidos para publicación serán evaluados mediante el método de revisión por pares. El autor principal podrá proponer revisores que no estén vinculados al original remitido.

La Secretaría de Redacción dará acuse de recibo del trabajo remitido a la revista en el plazo más breve posible. En esa misma comunicación se le notificará la decisión del comité editorial el cual, si fuera necesario, podrá pedirle ciertas modificaciones para la adecuación del manuscrito a las normas de la revista.

Tras la confirmación del comité editorial de la revista, el trabajo entrará en el proceso de revisión por pares. Si los revisores requieren modificaciones del manuscrito para su mejora, los autores tendrán un plazo máximo de dos semanas para realizarlas desde el momento de la comunicación.

Si finalmente el comité y los revisores consideran el trabajo apto para publicación, el manuscrito pasará al proceso de maquetación y finalmente se enviará la prueba de imprenta al autor de correspondencia, el cual, se hace responsable de revisar cuidadosamente las posibles erratas. La prueba revisada por el autor deberá ser remitida al comité editorial en un plazo máximo de una semana.