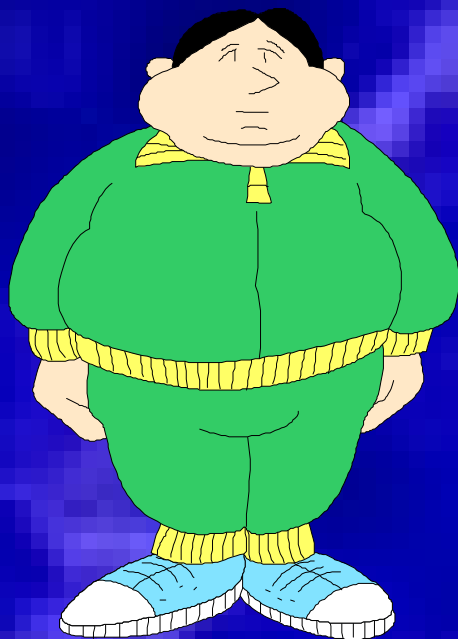


Obesidade



Conceição Chaves
NUTRICIONISTA

OBESIDADE

Definição

É um excesso de gordura corporal em relação a massa magra.

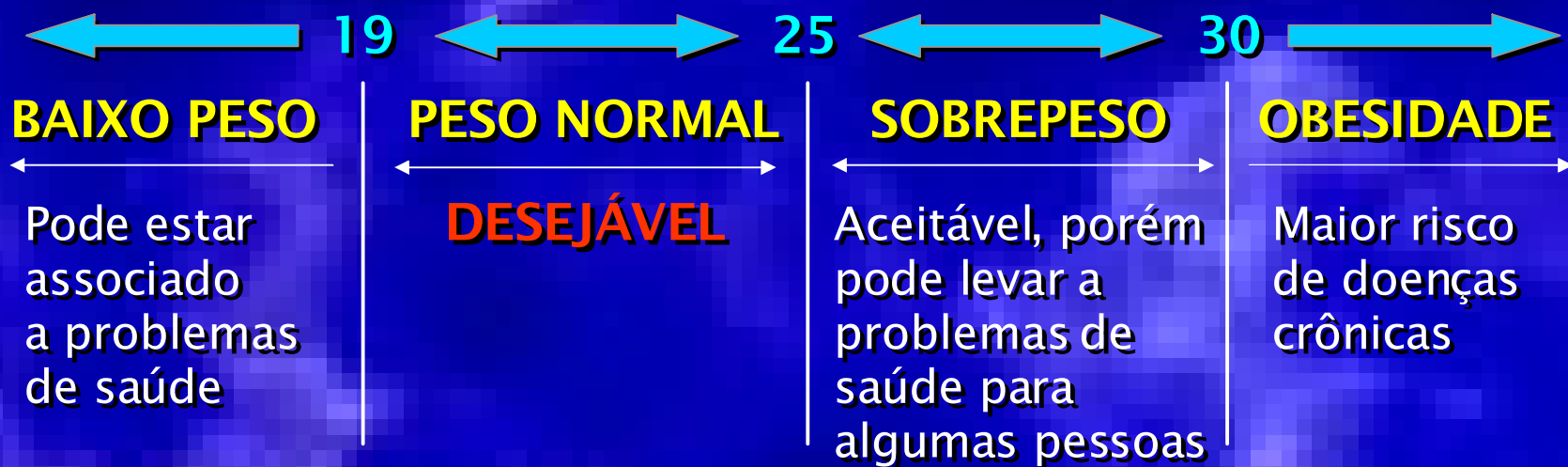
OBESIDADE

- ↘ A obesidade é uma doença endócrino–metabólica, crônica, heterogênia, multifatorial, caracterizada pelo excesso de gordura corporal (*Edwards, 1998*)
- ↘ A obesidade é marcada pelo aumento no número de células adiposas
- ↘ Perda de peso – diminui o tamanho celular mas o nº de células permanece alto
- ↘ O aumento de número de células adiposas não se sabe se é estimulado pelo aspecto genético, comportamental, endócrino ou a associação dessas combinações
- ↘ O tecido adiposo é um órgão endócrino

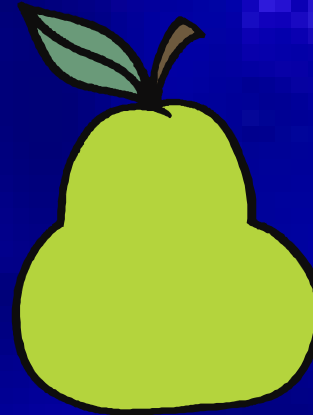
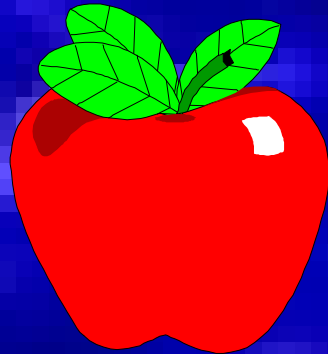
GASTO ENERGÉTICO E PESO SAUDÁVEL

- Manutenção de Peso 26 – 35 Kcal/Kg
- Perda de Peso 20 – 25 Kcal/Kg
- Ganho de Peso 36 – 45 Kcal/Kg

$$\text{IMC (Kg/m}^2\text{)} = \frac{\text{Peso Atual}}{\text{Altura}^2}$$



RESISTÊNCIA INSULÍNICA



Circunferência
da cintura

Risco
aumentado

Risco muito
aumentado

Homem

> 94cm

> 102cm (94 a 102cm)

Mulher

> 80cm

> 88cm

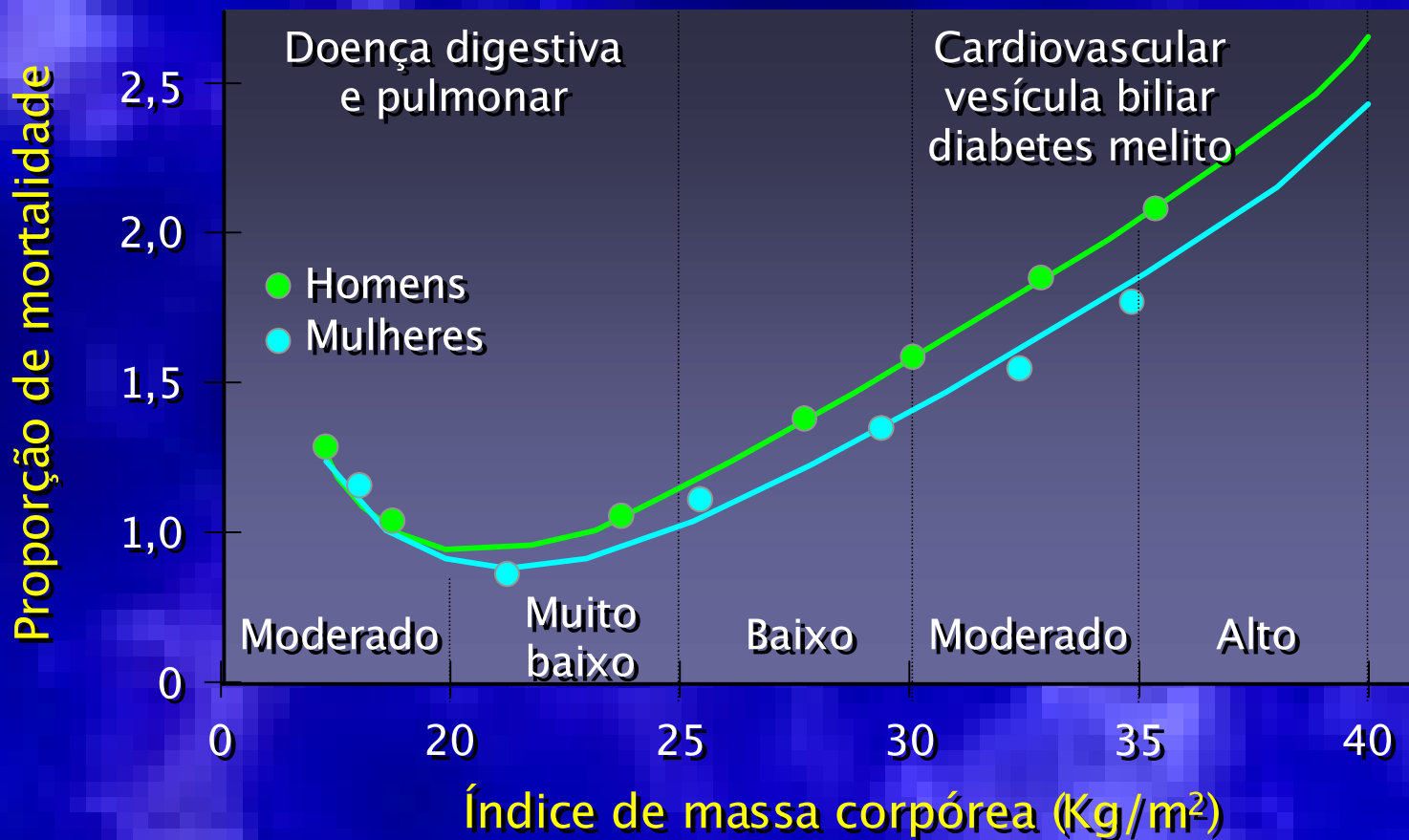
Hipertensão Arterial e Modificação no Estilo de Vida

MÉTODOS

RESULTADOS

↓ PESO	+++++
↓ ÁLCOOL	++++
↓ SAL	+++
↑ EXERCÍCIO FÍSICO	+++
↑ INGESTA DE POTÁSSIO	+
↓ INGESTA GORDURAS SAT.	+
TÉCNICAS DE RELAXAMENTO	+

RISCO DE MORTALIDADE



Crescimento X Dieta em Crianças Obesas

**Conclusão: não houve
prejuízo no crescimento
linear**

(Epstein, 1990 e 1993)

Índices Glicêmicos de Alimentos

- **CEREAIS, RAÍZES TUBÉRCULOS, LEGUMINOSAS**

- Arroz	83
- Macarrão	64
- Batata cozida	121
- Milho	78
- Inhame	73
- Feijão	40
- Lentilha	42
- Amendoins	21

- **AÇÚCARES**

- Frutose	32
- Lactose	65
- Sacarose	92
- Glicose	137
- Maltose	150

- **FRUTAS**

- Pêra	53
- Maçã	54
- Ameixa	55
- Laranja	63
- Uva	66
- Kiwi	75
- Banana	77
- Manga	80
- Mamão papaia	83
- Abacaxi	94
- Melancia	103

- **PÃES**

- Centeio	55
- Trigo integral	97
- Branco	101

OBESIDADE

DIAGNÓSTICO DA OBESIDADE

- 1- comparação do peso atual com as tabelas de peso ideal para altura
- 2- índice de massa corporal (IMC)
IMC: peso (Kg) dividido pela altura²(m)
- 3- Medida de gordura subcutânea prega tricipital, bicipital, subescapular e supra-ilíaca

O percentual de gordura total é obtido segundo o resultado da soma das quatro pregas cutâneas mencionadas segundo Dunim x Womesley 1974

Calorimetria indireta*

ESTABELECENDO CRITÉRIOS

MOORE, 1998

20 ou 25 calorias (sedentário)

30 (Ativ. Moderada)

35 a 50 calorias com (atividade intensa)

Subtrair 500 a 1000 calorias/dia para alcançar uma perda de 0.5 a 1 kg por semana

PESO AJUSTÁVEL

$(\text{peso atual} - \text{peso ideal}) \times 0,25 + \text{peso ideal}$

TERAPIA NUTRICIONAL EM PACIENTES PORTADORES DE ESTRESSE

- ↪ Na obesidade grave e em estado catabólico
- ↪ A atenção especial quanto a tolerância á glicose, aos problemas de sobrecarga de fluidos e as condições ventilatórias
- ↪ Infusões hipocalóricas, contendo aminoácidos e dextrose-13 pacientes obesos e hipercatabólicos (as infusões tinham -2.1 prot/kg/dia e 880kcal/dia). Durante 3 semanas de nutrição parenteral
- ↪ Gastos energéticos em repouso para pacientes com obesidade grave e em estado catabólico de 8-10 kcal/kg para mulheres e 10-12kcal para homens com base no peso corporal real. Proteína de 1.5g/Kg de peso corporal ideal. (Baxter)
- ↪ Requerimentos protéicos 1.5 a 1.7g de proteínas por Kg de peso corporal ideal. Reduzir gliconeogênese -150g de CH₂O. (Nesulka,1989)

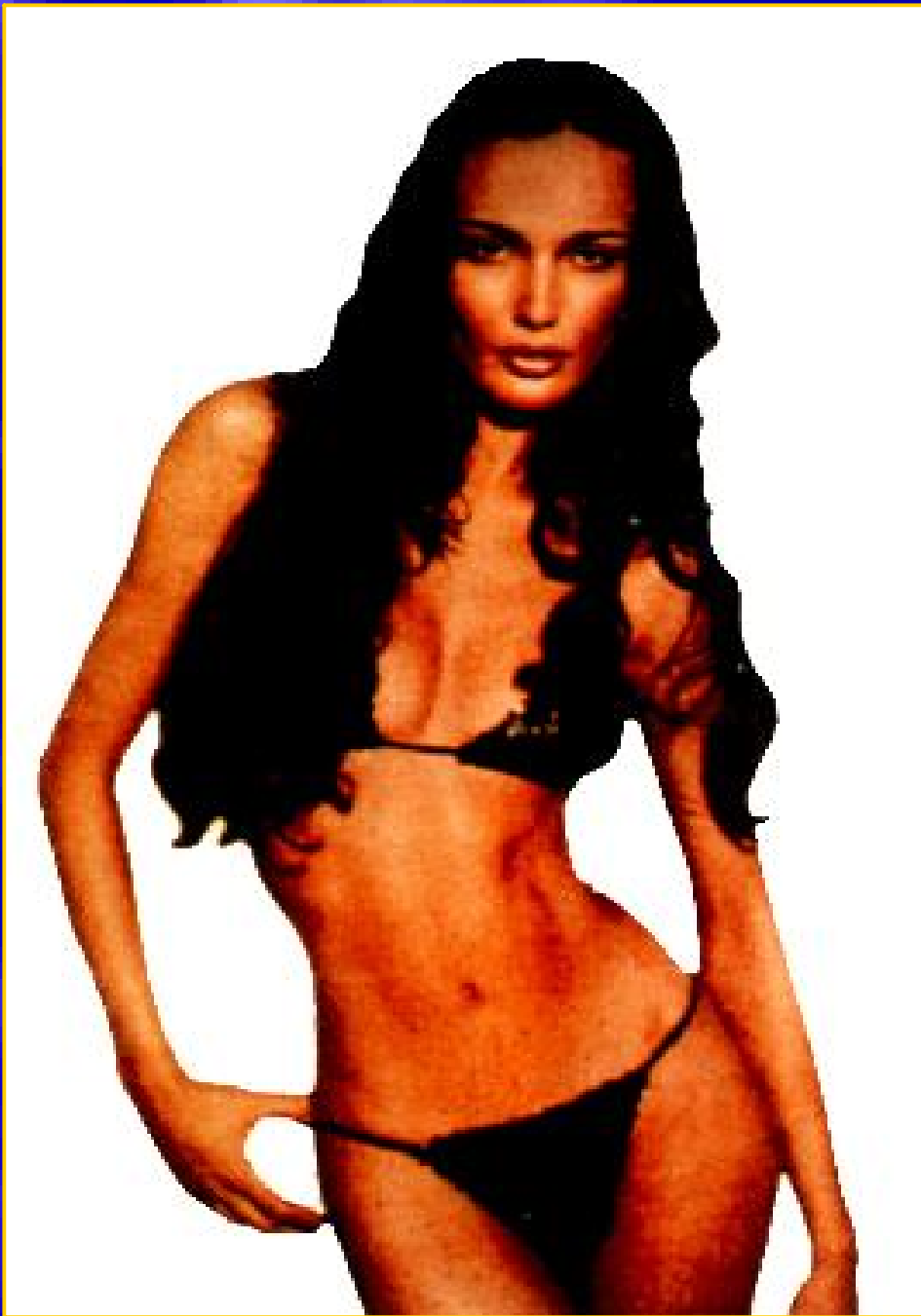
NA OBESIDADE GRAVE E EM ESTADO CATABÓLICO

- ↗ Meta de calorias totais para o obeso
- ↗ Na nutrição parenteral
 - ↗ 1000mL de aminoácidos, 10% a 20% de dextrose a 70%, eletrólitos e micronutriente de acordo com a necessidade do indivíduo + 900 calorias totais em 1000 ml de volume. Lipídeos não devem exceder 60g (540cals), caso um volume maior seja tolerado acima de 1000mL
- ↗ Terapia enteral
- ↗ Atenção para os requerimentos de micronutrientes

O tempo que um paciente obeso e estressado pode receber terapia nutricional hipocalórica ?

Prático Guidelines ASPEN-2006

- Pacientes obesos em risco nutricional, necessitam de um cuidadoso plano alimentar (B)
- Quando possível, requerimentos energéticos para pacientes obesos devem ser avaliados usando calorimetria indireta, porque equações têm consideráveis limitações para estimar os requerimentos energéticos em indivíduos obesos (B)
- Dietas hipocalóricas com suplementação de proteína são recomendadas no tratamento de pacientes de médio a moderado stress metabólico (A)



Anorexia Nervosa (AN)

HISTÓRICO

- ↪ Século XVII, Morton descreveu - NA
- ↪ 1987 - AN e BN - Entidades clínicas separadas e distintas

EPIDEMIOLOGIA

- ↪ AN é multifatorial, biológica, genética, familiar, interpessoal e socio-cultural
- ↪ Taxa de mortalidade entre 5 a 15%
- ↪ Equilíbrio negativo de eletrólitos e de fluídos
- ↪ Problemas cardiovasculares, gastrointestinais, esqueléticos, dermatológicos, endócrinos, hematológicos, neurológicos

ANOREXIA NERVOSA

DOENÇA CARACTERIZADA POR:

- 1- recusa em manter o mínimo normal de peso
- 2- medo intenso de ganhar peso
- 3- imagem corporal distorcida
- 4- amenorréia em mulheres após a 1ª menstruação

OBS: pode ser um de dois subtipos: restrição ou consumo compulsivo de alimentos/ purgativos

ANOREXIA NERVOSA

- O ganho de peso = perda de auto controle
- A perda de peso = sinal de extraordinária proeza e auto disciplina (APA,1994)
- Prevalência -1% a 3% (entre mulheres e adl e adultas jovens)

AVALIAÇÃO DAS ATITUDES COMPORTAMENTAIS E HÁBITOS ALIMENTARES

ATITUDES ALIMENTARES

- Aversões alimentares
- Alimentos “seguros”
- Pensamentos mágicos
- Alimentos desencadeadores de consumo compulsivo
- Idéias sobre quantidades apropriadas de alimentos

COMPORTAMENTOS ALIMENTARES

- Comportamento ritualísticos
- Combinações alimentares incomuns
- Uso de temperos atípicos
- Uso de utensílios atípicos

HÁBITOS ALIMENTARES

- Consumo padrão
 - Número de refeições e lanches
 - Horário das refeições e dos lanches consumidos
 - Duração da alimentação
 - Ambiente das refeições: onde e com quem
 - Como se alimenta: sentado ou em pé
- Grupos alimentares particularmente evitados
- Variedade de alimentos consumidos
- Consumo de fluídos: restrito ou excessivo

DADOS LABORATORIAIS

As anormalidades laboratoriais podem não ser observadas até que a doença atinja um grau mais avançado

Albumina sérica dentro dos limites normais

As vezes até colesterol elevado

Mecanismos propostos:

Disfunção hepática leve Diminuição da secreção de ácido biliar

Disfunção do hipotálamo

A incidência de hipercarotenemia é bem documentada na AN –Atribuída a mobilização dos estoques de gordura pelo estresse metabólico, não é pelo excesso no consumo de caroteno

A existência de carência vitamínica é raramente observada (Comerci.1988)

Há diminuição das necessidades metabólicas de micronutrientes durante um estado catabólico

Observa-se deficiências de B1, B2, B 6

Deficiência de ferro incomum (redução da necessidades de ferro secundária a amenorréia)

Deficiência de zinco

Hipocalcemia, desidratação

TRATAMENTO

Reabilitação nutricional
Avaliação nutricional
Dietoterapia
Educação nutricional
Avaliação antropométrica
NSHS
IMC
PREGAS CUTÂNEAS

Pesquisas atuais sugerem que a dieta possa precipitar as crises em indivíduos biologicamente predispostos. Uma dieta com menos de 1000 calorias e baixo teor de carboidratos, mostrou diminuir os níveis séricos de triptófano e alterações nas funções da serotonina cerebral em mulheres saudáveis (*Smithe cols, 1997*)

BULEMIA NERVOSA (BN)

Doença caracterizada por repetidos episódios de consumo compulsivo. Excessos de alimentos seguidos de métodos compensatórios impróprios como purgação, incluindo indução de vômitos ou uso inapropriado de laxativos, diuréticos ou excesso de exercícios

- **Complicações clínicas e complicações médicas:**
- São mais difíceis de tratar
- Usualmente apresentam peso normal
- Marcas no dorso das mãos
- Sinal de Russel
- Glândula parótida aumentada
- Erosão Dental
- Desidratação ,alcalose e hipcalemia

BULEMIA NERVOSA (BN)

- Primeiras descrições - 1970
- Principal característica clínica – ingestão de alimentos em acessos incontrolláveis (episódios de vômitos)
- A grande maioria (90%) do sexo feminino
Idade 14 a 20 anos (+ freq = 18 anos)
Procura p/ um profissional - 3 a 7 anos

BULEMIA NERVOSA (BN)

- ↘ A síndrome compreende acessos vômitos, seguidos de uma sensação de culpa, depressão pela perda de controle de peso. O uso de diuréticos, laxativos, moderadores de apetite e hormônios e atividade física excessiva podem estar presentes.
- ↘ Face arredondada (aumento das parótidas - Fairburn 1991) (Sinal de Russel) - Atinge as mãos devido aos traumas repetidos desta região contra os dentes.
- ↘ Dentes em forma de meia lua

BULEMIA NERVOSA (BN)

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICOS

DSM-IV (APA, 1994)

- I - Episódios de voracidade recorrentes.
- II - Sentimentos de falta de controle alimentar durante estes episódios.
- III - Uso de vômito auto-induzido, laxativos, diuréticos, dieta estrita ou jejum, exercícios vigorosos para prevenir o ganho de peso.
- IV - No mínimo, dois episódios de vômitos por semana por pelo menos 3 meses.
- V - Preocupação excessiva e persistente pela forma do corpo ou peso.

ETIOPATOGENIA DA BN

- ↪ Conflitos familiares, histórico de abuso sexual na infância, questões sobre o desenvolvimento da feminilidade e uma depressão subjacente já foram implicados na gênese do distúrbio.
- ↪ Fatores sociais.
- ↪ Tratamento da BN
- ↪ As mesmas que NA
- ↪ Peso normal- orientação nutricional.
- ↪ Psicoterapia de apoio.
- ↪ Formas + graves = internação
- ↪ Antidepressivos

AVALIAÇÃO DO E.N. NA BN

- ↪ Prega cutânea
- ↪ IMC
- ↪ Desnutrição subclínica
- ↪ Objetivos da BN
- ↪ Tratamento multidisciplinar
- ↪ Suplementos nutricionais ou alimentação artificial deve ser restrito a casos específicos
- ↪ Encorajar o paciente na prática de refeições regulares evitando-se longos períodos de jejum que levam ao ciclo de episódios bulímicos
- ↪ Estimular para a confiança na estabilidade do peso com a mudança de seu hábito alimentar
- ↪ História dietética detalhada

TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL NA BN

- ↪ A via enteral é mais fisiológica, mantém a função gastrintestinal e apresenta menores riscos ao paciente Mais complicada *
- ↪ TNP (casos mais graves)
- ↪ Distúrbios eletrolíticos graves:
 - Hipofosfatemia
 - Hipopotassemia
 - Hipocalemia