AED REPORT 2016 – 3ª EDIÇÃO

AED

Perturbações Alimentares

pontos críticos para o reconhecimento precoce e gestão de riscos no cuidado a pacientes com perturbações do comportamento alimentar

Responsabilidade: este documento criado pela Task Force "Padrões em cuidados médicos" da Academy of Eating Disorders, pretende ser um recurso para promover reconhecimento e prevenção de morbidade e mortalidade associadas aos transtornos alimentares. Não se trata de um guia clínico abrangente. Procurou-se prover informação baseada nas melhores pesquisas disponíveis e melhores práticas atuais.

Para mais recursos, guia de práticas e bibliografia visite:
www.aedweb.org e WWW.aedweb.org/medical_care_standards

Membros da Task Force "Padrões em cuidados médicos":

Judith D. Banker, MA, LLP, FAED

Anne E. Becker, MD, PhD, SM, FAED

Ovidio Bermudez, MD, FAED

Karine Berthou, PhD

Michael Devlin, MD, FAED

Debra K. Katzman, MD, FAED

Mary Beth Krohel, MA

Beth Hartman McGilley, PhD, FAED

Diane Mickley, MD, FACP, FAED

Susan Paxton, PhD, FAED

Ellen S. Rome, MD, MPH

Edward P. Tyson, MD

Mark Warren, MD, MPH, FAED

Direitos autorais 2012. Academy for Eating Disorders, Reston, VA , USA. Todos direitos reservados sob as convenções internacionais e Panamericanas de direitos autorais.

Conteúdo:

Orientações importantes 4

Transtornos alimentares. 4

Fatos importantes sobre Transtornos alimentares 5

Sinais e sintomas. 6

Identificação precoce 7

Avaliação abrangente 8

Síndrome de realimentação 11

Metas do tratamento 12

Intervenções apropriadas 13

Gestão do tratamento 14

Sobre a Academy of Eating Disorders 15

Orientações importantes

Transtornos alimentares (TA) são doenças mentais graves, com elevado risco de morte, morbidade e mortalidade psiquiátrica, independente do peso do indivíduo. A Anorexia Nervosa (AN), em particular, possui a maior taxa de mortalidade entre todas as doenças psiquiátricas. O risco de morte prematura em uma mulher com AN é de 6 a 12 vezes maior do que na população geral (após ajustar estatisticamente para idade).

O padrão ideal de atendimento é baseado na detecção precoce e intervenção adequada, embasada em evidências científicas, com equipe multidisciplinar (médico, psicólogo e nutricionista), quando possível. Os membros da equipe também podem variar de acordo com as necessidades do paciente e disponibilidade destes profissionais em sua comunidade. Em locais onde os recursos são escassos, os profissionais são encorajados a entrar em contato com a AED e/ou especialistas em TA das suas respectivas áreas e conhecimento.

Transtornos alimentares

Para fins deste documento, transtornos alimentares (TA) incluem:

1. Anorexia nervosa (AN), subtipos restritivo e purgativo;
2. Bulimia nervosa (BN), subtipos purgativo e não purgativo;
3. Transtornos Alimentares não especificados (TANE), incluindo o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP

- Consulte www.aedweb.org ou o DSM mais atual ou CID-10 para descrições completas.

Fatos importantes sobre Transtornos alimentares

- Transtornos alimentares são doenças sérias com elevado risco de morte, comprometimentos físicos e psicológicos.
- Além de mulheres e meninas, os TAs também podem atingir homens e meninos; crianças, adolescentes e adultos; pessoas de todas as etnias e classes sociais; e pessoas de diferentes formas, pesos e tamanhos.
- O peso não é o único sinal de TA. Pessoas classificadas com um peso normal também podem ter um TA.
- É importante lembrar que os TAs não afetam apenas meninas com baixo peso. Todos os casos de perda de peso abrupta, inclusive em indivíduos saudáveis, deveriam ser investigados para a possibilidade de um TA, incluindo pacientes que realizaram cirurgia bariátrica. Além disso, casos de ganho ou flutuações de peso abruptas podem ser potenciais indicadores de TAs.
- Pacientes com peso acima da faixa apropriada de peso podem não estar se alimentando de forma adequada, e pacientes dentro da faixa de peso adequada podem apresentar práticas inadequadas para controle do peso.
- Em crianças e adolescentes, dificuldade em ganhar o peso e a estatura esperados para idade, e/ou atraso ou interrupção do desenvolvimento puberal, devem ser investigados como possibilidades de um TA.
- As consequências clínicas dos TAs podem não ser reconhecidas, até mesmo por médicos experientes.
- Transtornos alimentares (incluindo TCAP) podem levar a sérias complicações clínicas. Transtornos alimentares podem ser associados com comprometimentos significantes em todos os órgãos do corpo, incluindo sistema cardiovascular, gastrointestinal, endócrino, dermatológico, hematológico, esquelético, e sistema nervoso central.

Sinais e sintomas

Indivíduos com TAs podem apresentar sinais e sintomas muito variados. Além dos sinais cognitivos e comportamentais que caracterizam os TAs, são listados a seguir possíveis sinais e sintomas físicos que podem ser encontrados em pacientes com TA, como consequência de deficiências nutricionais, compulsões e comportamentos compensatórios inapropriados, como a purgação. Entretanto, um TA pode ocorrer sem sinais e sintomas físicos óbvios.

GERAIS

- Perda, ganho ou flutuações de peso importantes
- Perda de peso, dificuldade de manutenção do peso, ou ganho de peso insuficiente em relação ao esperado em crianças e adolescentes em crescimento e desenvolvimento
- Intolerância ao frio
- Fraqueza
- Fadiga e letargia
- Tontura
- Síncope (desmaio)
- Ondas de calor e sudorese

BUCAIS E DENTÁRIOS

- Trauma bucal/lacerações
- Erosão dentária e cáries
- Perimólise (descalcificação dentária causada por ácidos intrínsecos)
- Hipertrofia da(s) parótida(s)

CARDIORESPIRATÓRIOS

- Dores no peito
- Palpitações
- Arritmias
- Falta de fôlego
- Edema

GASTROINTESTINAIS

- Desconforto epigástrico
- Saciedade precoce, esvaziamento gástrico lentificado
- Refluxo gastroesofágico
- Hematêmese (vômito com sangue)
- Hemorróidas e prolapso retal
- Constipação

ENDÓCRINOS

- Amenorreia ou ciclo menstrual irregular
- Perda de libido
- Baixa densidade mineral óssea e risco aumentado de fraturas e de osteoporose
- Infertilidade

NEUROPSIQUIÁTRICOS

- Convulsão
- Perda de memória/ Baixa capacidade de concentração
- Insónia
- Depressão/Ansiedade/Comportamento obsessivo
- Auto-mutilação
- Tendência suicida/Tentativa de suicídio

DERMATOLÓGICOS

- Lanugo
- Queda de cabelo
- Coloração amarelada da pele
- Calos ou escaras no dorso da mão (sinal de Russell)
- Cicatrização deficiente

Identificação precoce

Deve se considerar a avaliação de um possível TA para qualquer indivíduo que apresente quaisquer dos seguintes sinais e sintomas:

- Perda/ganho muito acentuado de peso
- Perda de peso ou deficiência de ganho de peso/altura em crianças e adolescentes ainda em fase de crescimento e desenvolvimento
- Flutuações importantes de peso
- Anormalidades eletrolíticas (com ou sem mudança de ECG), especialmente hipocalemia, hipocloremia, ou CO2 elevado. CO2 normal alto em presença de cloro normal baixo e/ou pH da urina 8,0-8,5 pode indicar vômitos recorrentes. Hipoglicemia pode acompanhar tais mudanças do perfil eletrolítico
- Bradicardia
- Amenorréia ou ciclo menstrual irregular
- Infertilidade inexplicada
- Prática excessiva de atividade física ou envolvimento em treino físico extremo
- Constipação associada à prática de dietas inapropriadas e/ou comportamentos voltados à perda de peso
- Diabetes Mellitus tipo 1 e perda de peso inexplicável e/ou controle metabólico inadequado ou cetoacidose diabética (CAD). Estes pacientes têm risco aumentado de desenvolvimento de síndromes completas ou parciais de TAs. Alterar intencionalmente as doses de insulina (diminuindo ou omitindo) pode levar a perda de peso, controle glicêmico inadequado (hemoglobina A1c aumentada), hipoglicemia/hiperglicemia, CAD, e aumento da velocidade das complicações do diabetes
- Histórico de prática de um ou mais comportamentos compensatórios para manipular o peso depois de comer - ou pensar ter comido demais - ou após comer compulsivamente; tais como vômito induzido, dieta, jejum ou prática excessiva de exercícios físicos
- Histórico de uso/abuso de: supressores de apetite; cafeína em grandes quantidades; diuréticos; laxantes; enemas; líquidos excessivamente quentes ou frios; adoçantes artificiais, goma de mascar sem açúcar; medicamentos controlados (i.e. insulina, medicamentos para tireóide); estimulantes; drogas; ou uma variedade de suplementos alternativos.

Desnutrição aguda é uma emergência médica

Indivíduos que permanecem com comportamentos alimentares restritivos, compulsões ou purgações a despeito dos esforços para alterar o seu comportamento precisam de intervenção imediata. A desnutrição aguda é uma emergência médica. A desnutrição pode ocorrer com qualquer peso, não somente com um baixo peso.

Avaliação abrangente

História completa deve incluir:

AVALIAR

- Ritmo e quantidade da perda ou mudança de peso
- Estado nutricional
- Métodos para controlo de peso

REVISAR

- Métodos compensatórios (vômitos, dieta, exercício, omissão ou redução de insulina, uso de pílulas para emagrecer, suplementos, laxantes, diuréticos, etc...)
- Consumo alimentar e exercício
- História menstrual nas mulheres (terapia de reposição hormonal incluindo o uso de pílulas contraceptivas)
- História completa do crescimento e desenvolvimento, temperamento e traços de personalidade
- História familiar incluindo sintomas ou diagnóstico de transtornos alimentares, obesidade, transtornos de humor e ansiosos, uso abusivo de álcool e outras drogas
- História psiquiátrica incluindo sintomas de transtornos de humor e ansiosos

O exame físico deve incluir:

- Batimentos cardíacos e pressão sanguínea, com indivíduo deitado e de pé
- Taxa respiratória
- Temperatura oral (procurando por hipotermia, temperatura corporal < 35,6°C)
- Aferição de altura, peso, determinação do Índice de Massa Corporal (IMC), recordatório de peso; altura e IMC nas curvas de crescimento para crianças e adolescentes, atentando-se para mudanças nos dados de peso e altura prévios.

Avaliação laboratorial inicial

Os exames laboratoriais e de imagem recomendados na avaliação inicial de pacientes com transtornos alimentares e suas respectivas alterações, estão listados no quadro a seguir.

Exames laboratoriais	Potenciais alterações em pacientes com TA
Hemograma	Leucopenia, anemia ou trombocitopenia
Parâmetros bioquímicos, eletrolíticos e enzimáticos	Glicose:↓ (desnutrição);↑ (omissão de insulina) Sódio:↓(excesso de água ou laxantes) Potássio: ↓(vómitos, laxantes, diuréticos, realimentação) Cloro: ↓(vómitos); ↑(laxantes) Bicarbonato sanguíneo (CO2 total): ↑(vômito); ↓(laxantes) Ureia:↑ (desidratação) Creatinina: ↑ (desidratação, disfunção renal), (pouca massa muscular). Um valor normal pode ser “relativamente elevado”, dada a pouca massa muscular. Cálcio: levemente ↓ (má nutrição as custas do osso) Fosfato: ↓(má nutrição ou realimentação) Magnésio: ↓(má nutrição, laxantes, realimentação) Proteína total/albumina: ↑ (no começo da desnutrição por perda da massa muscular); ↑(na desnutrição tardia) Bilirrubina total: ↑ (disfunção hepática); ↓ (baixa contagem de células vermelhas) Aspartato aminotransaminase (AST), Alanina aminotransaminase (ALT):↑(disfunção hepática) Amilase:↑ (vômitos, pancreatite) Lipase:↑ (pancreatite)
Testes de função da tiroide	Tirotrofina (TSH) baixa ou normal, tiroxina (T4) normal ou levemente baixa (síndrome do doente eutireoidiano).

Gonadotrofina e esteroides sexuais	Hormônio luteinizante (LH) e hormônio folículo estimulante (FSH) baixos. Estradiol baixo em mulheres, baixa testosterona em homens.
Teste de gravidez para mulher em idade reprodutiva	Mulheres de baixo peso podem ovular e têm risco de gravidez se sexualmente ativas.
Perfil lipídico	Não recomendado como teste laboratorial inicial uma vez que o colesterol pode estar elevado em estágios iniciais da desnutrição ou baixo na desnutrição grave.

Exames de imagem	**Potenciais alterações em pacientes com TA**
Densitometria óssea	Pacientes com TA têm risco de baixa densidade mineral óssea (DMO). Não há evidência de que a terapia de reposição hormonal (estrogênio/progesterona em mulheres e testosterona nos homens) melhore a DMO. O tratamento de escolha é a reabilitação nutricional, recuperação do peso e normalização da produção endógena dos esteróides sexuais. Uma técnica comum para avaliar a DMO é a de raios X de dupla energia (DXA) recomendada para pacientes com amenorréia por 6 meses ou mais.

Outros	**Potenciais alterações em pacientes com TA**
Eletrocardiograma (ECG)	Bradicardia e outras arritmias, alterações de baixa voltagem, prolongamento do intervalo QTc (QTcorrigido), inversão de onda T e ocasional depressão do segmento ST.

Síndrome de realimentação

A síndrome de realimentação é uma alteração hidroeletrolítica potencialmente fatal que ocorre durante a realimentação (oral, enteral ou parenteral) de um paciente desnutrido. Pacientes com síndrome de realimentação podem ter sintomas clínicos não específicos, assim, o diagnóstico desta síndrome pode ser um desafio. As sérias consequências da síndrome de realimentação incluem parada cardíaca e ou respiratória, problemas gastrointestinais, delírio e, em alguns casos, morte. A síndrome da realimentação é uma condição potencialmente fatal que requer tratamento especializado em internação hospitalar.

Fatores de risco para a síndrome de realimentação incluem:

- Pacientes cronicamente subnutridos e que tenham pouca ou nenhuma ingestão energética por mais de 10 dias.
- Pacientes com perda de peso rápida ou em grande quantidade, incluindo aqueles que estão com peso normal após a perda de peso.
- Pacientes com anorexia nervosa.
- Pacientes com TA que estejam desnutridos, especialmente se houver ingestão alcoólica significativa.
- Pacientes com obesidade que perderam uma quantidade significativa de peso, incluindo após cirurgia bariátrica.
- Pacientes em jejum prolongado ou que estejam consumindo uma dieta com baixo valor energético.
- Pacientes com história de uso inadequado de diuréticos, laxantes ou insulina.
- Pacientes com alterações eletrolíticas, especialmente hipofosfatemia, antes da realimentação.

Formas de prevenir a síndrome de realimentação em pacientes com transtornos alimentares

- Conhecer a síndrome de realimentação e estar atento aos pacientes que têm risco potencial.
- Estar ciente que a síndrome de realimentação pode ocorrer em pacientes de qualquer idade.
- Entender que pacientes com risco de síndrome de realimentação devem ser tratados por médicos com experiência ou treinamento na área de TA.
- Optar por internação hospitalar para tratar e monitorar pacientes que podem ter, ou têm risco para apresentar síndrome de realimentação. A síndrome de realimentação é uma importante causa de morbimortalidade em pacientes desnutridos com TA.
- A realimentação deve ser lenta, de acordo com a idade, estágio de desenvolvimento, e grau de desnutrição.
- Durante o tratamento de pacientes internados deve-se monitorar a reposição dos fluídos para evitar sobrecarga, bem como dos eletrólitos séricos, glicose, magnésio e fósforo (antes e rigorosamente durante a realimentação). O fósforo sérico alcançará seus mais baixos níveis durante a primeira semana de realimentação em pacientes hospitalizados.

- Para os pacientes com deficiência eletrolítica, corrigir eletrólitos e fluidos concomitantemente à realimentação. Não é necessário corrigir o desequilíbrio hidroeletrolítico antes da alimentação - isto pode ser conseguido simultaneamente e de forma segura com um monitoramento cuidadoso. Em pacientes que não apresentarem déficits eletrolíticos, monitorar cuidadosamente as alterações eletrolíticas que possam ocorrer com a realimentação em internação hospitalar.
- Monitorar estado mental, sinais vitais e cardíacos de todos os pacientes durante a realimentação.

Desnutrição

Alimentação insuficiente pode levar a mais perda de peso e pode ser fatal em pacientes desnutridos.

Maneiras de prevenir a alimentação insuficiente

- Evitar protocolos de realimentação excessivamente cautelosos, pois podem alimentar o paciente de forma insuficiente.
- Em pacientes hospitalizados, reavaliar frequentemente (12-24 horas) a oferta energética e aumentá-la assim que for considerado seguro.
- Nos estágios iniciais de realimentação, avaliar os níveis de eletrólitos séricos diariamente.

Metas do tratamento

- Recuperação nutricional
- Recuperação do peso
- Estabilização clínica e prevenção de complicações clínicas graves e morte
- Reestabelecimento da menstruação (quando apropriado)
- Cessação dos episódios de compulsão e purgação
- Interrupção das ideias relacionadas ao TA, incluindo distúrbios e insatisfação com a imagem corporal
- Restaurar padrões alimentares que promovam saúde e as interações sociais
- Restabelecer relações sociais

O desaparecimento dos sintomas pode levar um longo período de tempo. Transtornos alimentares não são meramente modismos, fases ou estilo de vida. Mesmo que uma pessoa decida fazer dieta e/ou fazer exercícios (comportamentos de risco que podem precipitar um TA), elas não escolhem ter um TA.

Intervenções apropriadas

1. Pacientes com TA podem não reconhecer que estão doentes e/ou ser ambivalentes sobre a aceitação do tratamento.

Isto é um sintoma da doença. Além disto eles podem minimizar, racionalizar ou esconder os sintomas e comportamentos de TA. A sua racionalidade persuasiva e competência em outras áreas da vida podem disfarçar a gravidade de sua doença. Provavelmente, apoio e assistência externas serão necessários para ajudar na tomada de decisões, independente da idade.

2. Pais/cuidadores são a linha de frente para buscar ajuda para crianças e adolescentes com TA.

Confie em suas preocupações. Mesmo uma simples consulta sobre o comportamento alimentar e as preocupações com o peso e a forma dos filhos são um forte preditor da presença ou do desenvolvimento potencial de um TA.

3. Ajudar as famílias a entender que eles não causaram a doença, nem o filho ou familiar escolheu ter isto.

Este reconhecimento facilita a aceitação do diagnóstico, tratamento, encaminhamento e intervenções, e minimiza o estigma dessa doença.

4. Monitorar a saúde física incluindo sinais vitais e exames laboratoriais.

A avaliação de rotina da saúde física de um paciente com TA deve incluir o monitoramento do ritmo cardíaco e pressão sanguínea (aferição deitada e em pé: aferição do pulso e pressão arterial). Os resultados devem ser interpretados no contexto de uma adaptação fisiológica à desnutrição e comportamentos purgativos. Exames laboratoriais podem ter resultados normais mesmo na presença de um TA com risco de morte. Alterações pequenas podem indicar que os mecanismos compensatórios alcançaram seus limites críticos. Pacientes com baixo peso ou aqueles que tiveram perda de peso importante podem apresentar bradicardia (menos do que 50 batimentos por minuto). Isto não pode ser automaticamente atribuído a um ritmo de atleta, mesmo se o paciente for um atleta.

5 Sempre avaliar o risco psiquiátrico, incluindo suicídio e pensamento de automutilação, planos e /ou intenções.

Mais de 1/3 das mortes relacionadas a um TA se devem ao suicídio.

Gestão do tratamento

Tratamentos baseados em evidências e oferecidos por equipes com experiência no cuidado de pacientes com TA são obrigatórios. Um tratamento de qualidade compõe-se por uma equipe multidisciplinar com especialistas em TA que incluem médico, psicólogo, nutricionista e atenção psicofarmacológica. Familiares devem ser incluídos sempre que possível.

O encaminhamento de médicos da atenção básica à saúde é o principal motivo para as famílias/pacientes buscarem ajuda especializada. Uma avaliação e encaminhamento detalhado a um especialista, portanto, garantem o melhor resultado de tratamento para o paciente.

Recuperação nutricional, recuperação e estabilização de peso, recuperação psicológica total, administração das complicações da realimentação, e interrupção dos comportamentos de compulsão alimentar, purgação/compensação devem ser prioridade de tratamento para todos os pacientes com TA. Metas psicológicas e outras metas terapêuticas podem ser direcionadas em paralelo quando possível.

Alcançar um peso individualmente saudável e apropriado irá melhorar os aspectos físicos, psicológicos, sociais e emocionais do paciente.

A recuperação de peso de forma incompleta está correlacionada com piores resultados do tratamento, e a manutenção do peso recuperado se correlaciona fortemente com bons resultados. No entanto, não é adequado pensar que uma pessoa com TA está completamente tratada quando sua saúde física e peso estão recuperados. A imagem corporal distorcida e/ou pensamentos de TA podem persistir apesar da recuperação do peso e vão necessitar de terapia por longo prazo.

Para maiores informações sobre o diagnóstico e tratamento de TA visite:
www.aed.org.br/medical_care_standards

Sobre a Academy of Eating Disorders (AED)

A AED é uma associação global multidisciplinar de profissionais comprometida com a liderança na promoção de pesquisa, educação, tratamento e prevenção de transtornos alimentares.

A AED promove educação profissional de ponta, inspira novos desenvolvimentos no campo dos transtornos alimentares, e é a fonte das informações mais inovadoras e atualizadas sobre transtornos alimentares.

Associe-se a AED

Torne-se um membro da comunidade global dedicada à pesquisa, tratamento, educação e prevenção de transtornos alimentares. Associe-se online em www.aed.org

Contato:

Academy for Eating Disorders
11130 Sunrise Valley Drive | Suite 350
Reston, VA 20191 USA
Tel: +1-703-234-4079
Fax: +1-703-435-4390
www.aedweb.org
info@aedweb.org

Este panfleto tem o apoio de:
American Academy of Pediatrics
American Psychiatric Association
Canadian Paediatric Society
Colegio de Pediatría de Nuevo León
Mexican Ministry of Health
Secretaría de Salud de México, Gobierno Federal
Society for Adolescent Health and Medicine

Translation and adaptation for Brazilian-Portuguese:
Marle Alvarenga RD, PhD; Cezar Vicente Junior RD; Priscila Koritar RD, MD;
and Giovanna Ceccolini RD