



Instituto de Medicina Física e Reabilitação
do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Rede de
Reabilitação
Lucy Montoro
UNIDADE M

Rede de Reabilitação
Lucy Montoro
Instituto de Medicina Física e Reabilitação
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Instituto de Reabilitação Lucy Montoro

Cuidado Nutricional na Lesão Encefálica Adquirida



INSTITUTO DE
MEDICINA FÍSICA E
REABILITAÇÃO
HC FMUSP

Rede Lucy Montoro



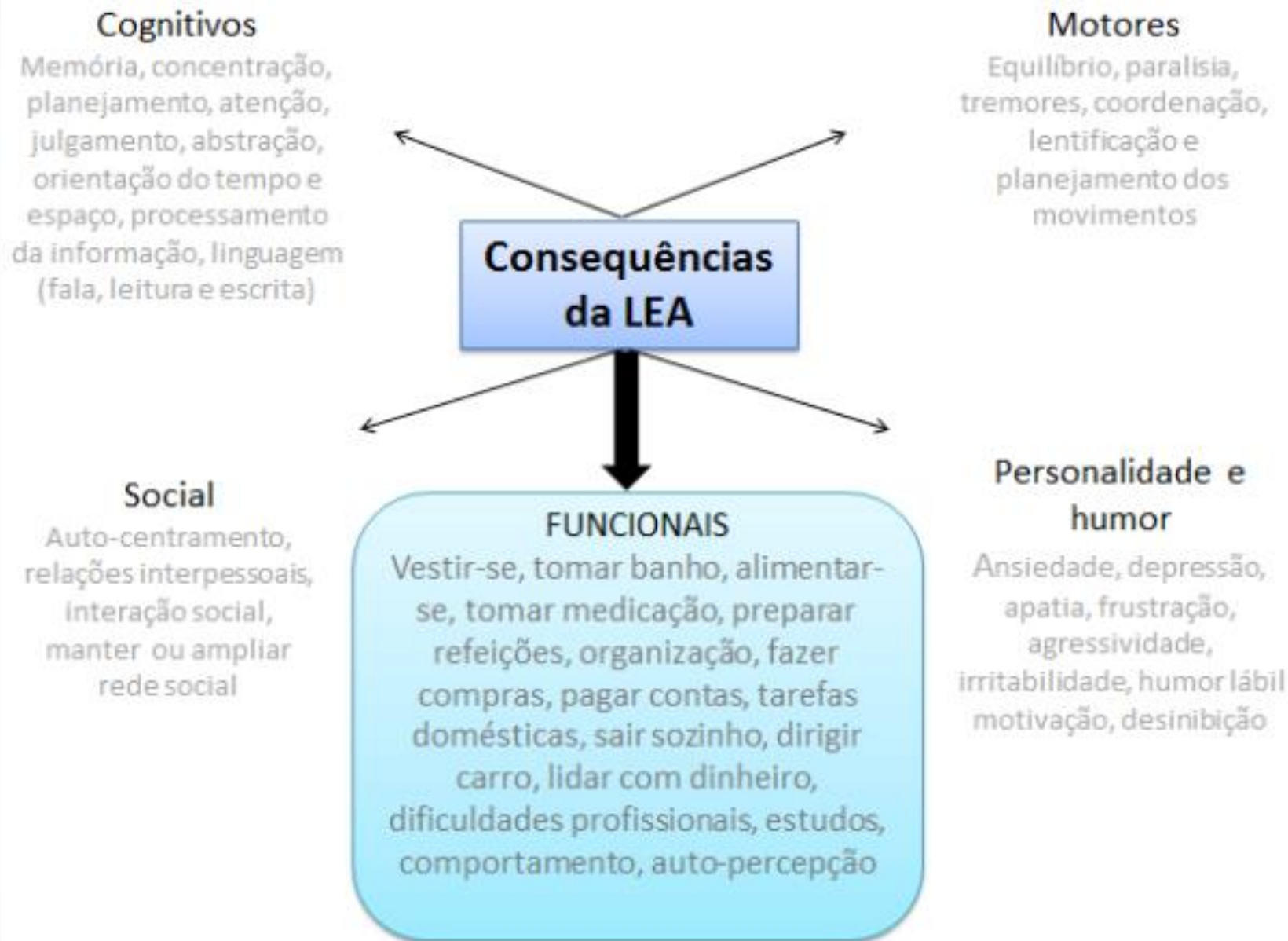
“ Os homens deveriam saber que do **encéfalo**, e apenas do encéfalo,vêm nossos **prazeres**, **alegrias**, sorrisos e gracejos, assim como nossas **mágoas**, **dores**, sofrimentos e lágrimas. Por meio dele, em particular, nós **pensamos**, **vemos**, **ouvimos** e distinguimos o feio do bonito, o prazer do desprazer... É a mesma coisa que nos torna **loucos** ou **delirantes**, que nos inspira **temor** e **medo**, seja durante a noite ou durante o dia, nos torna **sonolentos**, gera **erros inoportunos**, **ansiedades sem razão**, **distrações** e **atos contrários** aos nossos hábitos. Essas coisas que nós sofremos vêm todas do **encéfalo**, quando não está saudável...ou quando sofre qualquer outra **lesão não natural** a qual não estava acostumado.”

Hipócrates, século V a.C

Lesão Encefálica Adquirida (LEA) é definida como uma lesão que ocorre no encéfalo após o nascimento e não está relacionada a doenças hereditárias, congênitas, degenerativas ou traumas de parto.

- Causas: acidentes vasculares cerebrais (AVCs);
- Traumatismos Crânioencefálicos (TCE);
- Anóxia, Neuroinfecções e os Tumores (menos frequentes).





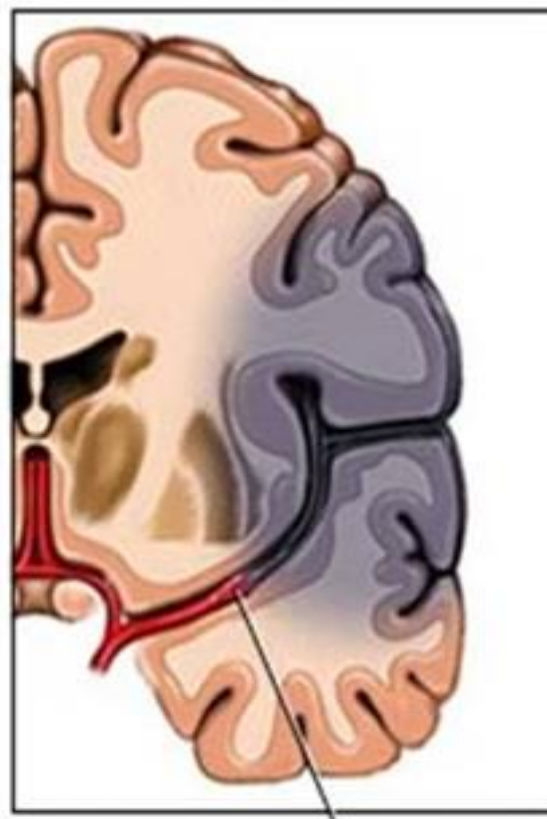
Acidente Vascular Cerebral (AVC):

- Déficit Neurológico Súbito.
- Causa: problema nos vasos sanguíneos do sistema nervoso central (SNC).
- Dividido em 2 subtipos: - AVC Isquêmico;
- AVC Hemorrágico.

AVC Isquêmico:

- Obstrução ou redução brusca do fluxo sanguíneo em uma artéria cerebral.
- Consequência: falta de circulação no seu território vascular.
- 80% dos casos.

AVC isquêmico

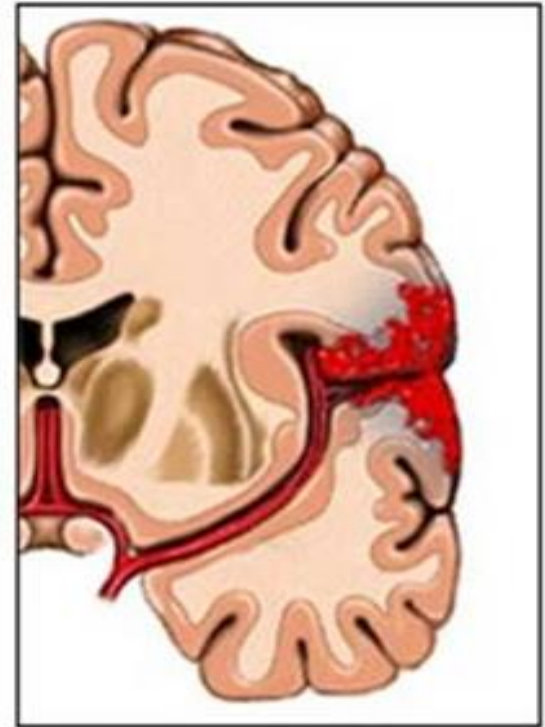


**Um coágulo bloqueia o
fluxo sanguíneo para uma
área do cérebro**

AVC Hemorrágico:

- É causado pela ruptura espontânea (não traumática) de um vaso, com extravasamento de sangue para o interior do cérebro (hemorragia intracerebral), para o sistema ventricular (hemorragia intraventricular) e/ou espaço subaracnóideo (hemorragia subaracnóide).
- 20 % dos casos

AVC hemorrágico



O sangramento ocorre dentro ou ao redor do cérebro

O Acidente Vascular Cerebral ou Encefálico (AVC ou E):

- É a doença que mais mata os brasileiros;
- É a principal causa de incapacidade no mundo;
- Apesar disso, ainda é uma doença negligenciada.

Fatores que favorecem a incidência:

- A falta de informação prejudica reconhecimento dos sintomas;
- A falta de atitude correta na vigência do quadro agudo, corrobora para o agravamento ou aumento das sequelas;
- A falta de conhecimento de seus fatores de risco e/ou falta de adesão, são fatores que prejudicam a prevenção do AVC.



Aprenda os sinais de AVC, eles iniciam repentinamente

Sorria	Abrace	Música	Urgente
<p>Faça para dar um sorriso</p> 	<p>Faça para elevar os braços</p> 	<p>Regista a frase como uma música</p> 	
Boca torta	Perda de força	Dificuldade na fala	Ligue SAMU 192

Aja rápido. Tempo perdido é cérebro perdido

www.redebrasilavc.org.br



SEMANA NACIONAL DE COMBATE AO AVC 23 A 29 DE OUTUBRO
DIA MUNDIAL DO AVC 29 DE OUTUBRO

1 em 6



1 em cada 6 pessoas no mundo terá um AVC em sua vida.

ESTA PESSOA PODE SER VOCÊ!

O AVC é a primeira causa de óbitos no Brasil!

www.abevc.org.br
www.redebrasilavc.org.br





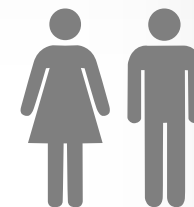
- NÃO ESPERE MELHORAR!!! CORRA!!!

Cada segundo é importante.

- LIGUE imediatamente para o número 192 (SAMU);
- Outro dado importante é observar / checar / anotar a hora em que os primeiros sintomas apareceram.
- Se houver rapidez no atendimento do AVC, até 4,5 horas do início dos sintomas, um medicamento que dissolve o coágulo pode ser dado aos pacientes com AVC isquêmico (o tipo mais comum de AVC), diminuindo a chance de sequelas.

Fatores de Risco para AVC:

- Idade e Sexo;
- História de doença vascular prévia;
- Doenças do coração (arritimia);
- Tabagismo;
- Hipertensão arterial;
- Diabetes;
- Sedentarismo;
- Dislipidemia;
- Álcool e Drogas;
- Anticoncepcional.



Traumatismo Crânio Encefálico

Causa:

- Força física **externa** forte o suficiente para causar lesão anatômica ou comprometimento de couro cabeludo, crânio, meninges e/ou encéfalo.
- Pode ser: - aberto (armas de fogo, armas brancas); ou
- fechado (“Shaken Baby Syndrom”, quedas).

Traumatismo Crânio Encefálico

Quadro clínico das sequelas:

- extremamente variável, de acordo com área, local e extensão da lesão, além da idade do paciente.
- Podem ocorrer **alterações** cognitivas, de linguagem, memória, atenção, raciocínio, capacidade de abstração, julgamento; perda de habilidades motoras, sensitivas e perceptivas; déficits no comportamento e no processamento da informação, além de complicações associadas.

DISTÚRBIOS ASSOCIADOS AO TCE:

1. Neurológicos = convulsões, hidrocefalia, coleções encefálicas crônicas...
2. Respiratórios = traqueomalácia, estenose de traquéia, paralisia de cordas vocais...
3. Nutricionais/Gastrointestinais = DRGE, desnutrição, necessidade de via alternativa para alimentação...
4. Metabólicos = obesidade, puberdade precoce, amenorréia secundária, disfunções sexuais...
5. Dermatológicos = lesão por pressão
6. Músculo-esqueléticos = encurtamentos musculares, deformidades, fraturas, **calssificação heterotópica...**
7. Esfincterianos = **incontinência vesical e intestinal** por perda da inibição voluntária (cortical), urgência miccional...
8. Variados = dor por alteração das vias sensitivas e lesão cortical (“dor central”), dor secundária a outros distúrbios associados (síndrome mio-fascial, osteoartrose), ombro doloroso, quedas...

Etapas da Reabilitação

- 1- Posicionamento, órteses, estímulo sensorial, orientação à família, ambiente adequado, início precoce por períodos breves. *Aproveitar a neuroplasticidade.*
- 2- Adequar as respostas do paciente às suas capacidades atuais, trabalhando especialmente cognitivo e habilidades funcionais. Manter rotina, orientando paciente no tempo e espaço, estimulando memória, antecipação e planejamento. Repetição com variação, atividade significativa direcionada para metas = *estímulo do aprendizado.*

Etapas da Reabilitação

3- Trabalhar habilidades mais específicas, cognitivas e motoras, para “*reorganizar o paciente*”. Planejamento motor e qualidade dos movimentos funcionais. Estimular atenção, planejamento, tomadas de decisão, organização, sequência, estratégias para resolução de problemas. Na criança, usar o *brincar com finalidade terapêutica*.



Neuroplasticidade

É a disposição dos circuitos neurais se moldarem em *resposta aos estímulos ambientais*. Ocorre durante toda a vida, mas é mais atuante na *criança*: porém, a criança muito pequena tem a desvantagem de um encéfalo “pobre” em conteúdo, com poucos circuitos já estabelecidos; pré-adolescentes e adolescentes têm a grande maioria dos circuitos corticais bem estabelecidos, o que auxilia no processo de reabilitação, quando há uma lesão.

Base do *aprendizado* = define a seleção de conexões sinápticas que moldam habilidades e comportamentos.

Perante uma *lesão*, o encéfalo “utiliza” os mecanismos da neuroplasticidade para se reorganizar.

Reabilitação = estimula essa reorganização = auxilia a moldar novos circuitos ou resgatar circuitos antigos.

Objetivos gerais da terapia nutricional

- Adequar o estado nutricional ao comprometimento neurológico próprio de cada indivíduo para estimar suas necessidades nutricionais.

Métodos para avaliação do estado nutricional:

1- Antropométricos

2- Bioquímicos

3- Alimentares



Diagnóstico nutricional

Frangella, V.S & Aintablian, L. cap.25 in: Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia, 2007.

- Controlar peso corporal;
- Orientar com a Fonoaudiologia a Disfagia;
- Constipação;
- Osteopenia/ Osteoporose/ Calcificação Heterotópica;
- Prevenir AVE.

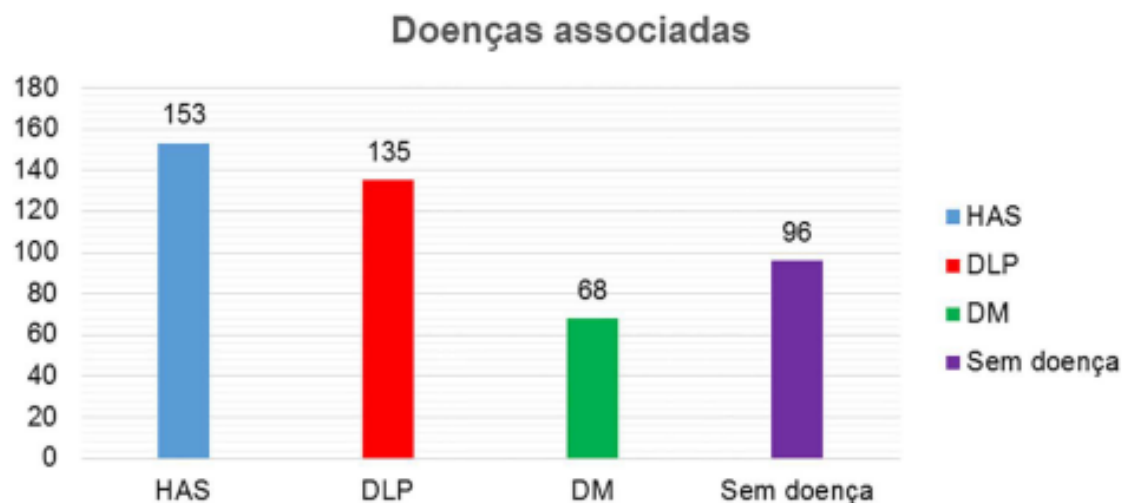


Figura 1. Classificação dos pacientes conforme doenças associadas

Avaliação Antropométrica

Hemiplegia Leve

IMC
Exames laboratoriais
Protocolo padrão

Hemiplegia Grave

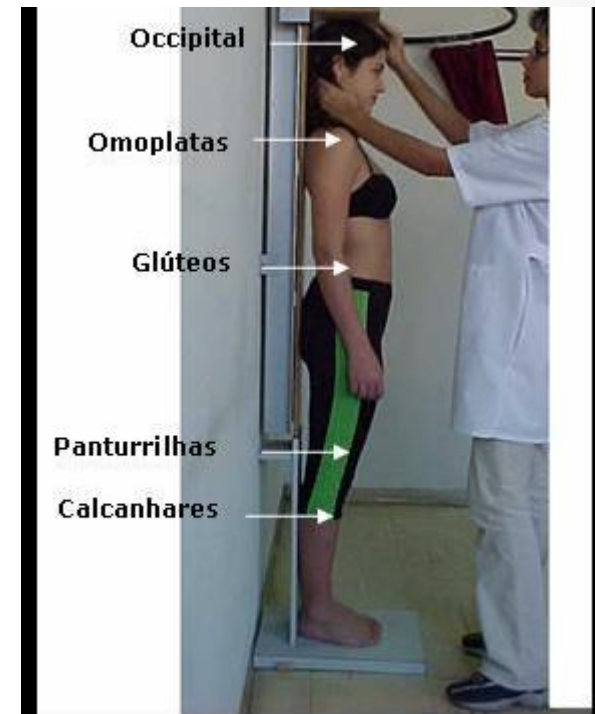
IMC
Exames laboratoriais
Protocolo padrão
Tríceps (DCT)
Bíceps (DCB)
Subescapular (DCSE)
Supra-ilíaca (DCSI)
Altura do joelho (AJ)
% de gordura corporal (%GC)
Circunferência do braço (CB)
C. muscular do braço (CMB)
Área muscular do braço corrigida
(AMBc)

Peso e Estatura

Realizado pela Equipe de Enfermagem



Ou altura por hemi envergadura.



OBS: NÃO ESQUECER DE DESCONTAR O PESO DA ÓRTESE

Fatores que favorecem a Obesidade:

<p><u>Adultos (20 a 60 anos)</u></p> <p><u>OMS, 1995 e 1997.</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - IMC: <16,0 magreza grau III - IMC: 16,0 – 16,9 magreza grau II - IMC: 17,0 -18,4 magreza grau I - IMC: 18,5 e < 24,90: peso saudável (eutrófico) - IMC: 25 e < 29,9: sobrepeso - IMC: > 30,0: obesidade - IMC: 30 a 34,9: Obeso I - IMC: 35 a 39,9: Obeso II - IMC: ≥ 40: Obesidade III
<p><u>Idosos (> 60 anos)</u></p> <p><u>Opas, 2003</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - IMC: < 23: Baixo Peso - IMC: ≥ 23 e < 28: Peso adequado/ eutrófico - IMC: ≥ 28 e < 30: Sobrepeso - IMC: ≥30: Obesidade



Técnicas Utilizadas para Antropométrica

g) Dobra cutânea supra-ilíaca (DCSI)

-Aferida na linha média axilar com o dedo indicador logo acima da crista ilíaca na posição diagonal, lado direito do indivíduo.

Importante:

- Usar o lado direito do corpo.
- Repetir 3 vezes (segurar por 3 a 4 segundos cada) as medidas de dobras cutâneas. Se a diferença entre as aferições seqüenciais for muito grande, repetir.

Em seguida fazer a somatória das dobras:

$-\Sigma DCT + DCB + DCSE + DCSI = \% \text{ estimada de gordura corporal}$ e utilizar a tabela de Durnin e Womersley, 1974 para classificação.

Importante: O programa Diet Pró poderá ser utilizado para a realização deste cálculo.

Técnicas Utilizadas para Avaliação Antropométrica

Fórmulas para Avaliação da Composição Corporal

- **Circunferência Muscular do braço (CMB):**

$$\text{CMB (cm)} = \text{CB (cm)} - \pi \times [\text{DCT (mm)} \div 10]$$

- **Área muscular do braço corrigida (AMBc):**

$$\text{Homem: AMBc (cm}^2\text{)} = \frac{[\text{CB (cm)} - \pi \times \text{DCT (mm)} \div 10]^2 - 10}{4\pi}$$

$$\text{Mulher: AMBc (cm}^2\text{)} = \frac{[\text{CB (cm)} - \pi \times \text{DCT (mm)} \div 10]^2 - 6,5}{4\pi}$$

Importante:

A Classificação, interpretação e diagnóstico nutricional são feitos pelas tabelas de Frisancho, 1990 e tabela Sabe para Idosos.

Técnicas Utilizadas para Avaliação Antropométrica

Valores de referência para % de Gordura Corpórea	% Gordura corpórea	
	Homens	Mulheres
Risco de doenças e distúrbios associados à desnutrição	≤ 5	≤ 8
Abaixo da média	6 a 14	9 – 22
Média	15	23
Acima da média	16 a 24	24 a 31
Risco de doenças associadas a obesidade	≥ 25	≥ 32

Fonte: Lohman, T.G.etal, 1991.

Técnicas Utilizadas para Avaliação Antropométrica

Na falta de balança adaptada ou condições para aferição da estatura recomenda-se os padrões que seguem para cálculo do IMC:

Fórmulas para estimativa de estatura	
HOMEM	(cm) = 64,19 - (0,04 x idade) + (2,02 x AJ)
MULHER	(cm) = 84,88 - (0,24 x idade) + (1,83 x AJ)
Fonte: Chumlea et al 1989	

*AJ = altura do Joelho (cm)

Fórmulas para estimativa de peso	
HOMEM	$[(0,98 \times CP) + (1,16 \times AJ) + (1,73 \times CB) + (0,37 \times DCSE) - 81,69]$
MULHER	$[(1,27 \times CP) + (0,87 \times AJ) + (0,98 \times CB) + (0,40 \times DCSE) - 62,35]$
Fonte: Chumlea et al 1989	

Percentis para circunferência muscular do braço (cm)

Idade (anos)	Percentil						
	5	10	25	50	75	90	95
	Homens						
1,0 - 1,9	11,0	11,3	11,9	12,7	13,5	14,4	14,7
2,0 - 2,9	11,1	11,4	12,2	13,0	14,0	14,6	15,0
3,0 - 3,9	11,7	12,3	13,1	13,7	14,3	14,8	15,3
4,0 - 4,0	12,3	12,6	13,3	14,1	14,8	15,6	15,9
5,0 - 5,9	12,8	13,3	14,0	14,7	15,4	16,2	16,9
6,0 - 6,9	13,1	13,5	14,2	15,1	16,1	17,0	17,7
7,0 - 7,9	13,7	13,9	15,1	16,0	16,8	17,7	18,0
8,0 - 8,9	14,0	14,5	15,4	16,2	17,0	18,2	18,7
9,0 - 9,9	15,1	15,4	16,1	17,0	18,3	19,6	20,2
10,0 - 10,9	15,6	16,0	16,6	18,0	19,1	20,9	22,1
11,0 - 11,9	15,9	16,5	17,3	18,3	19,5	20,5	23,0
12,0 - 12,9	16,7	17,1	18,2	19,5	21,0	22,3	24,1
13,0 - 13,9	17,2	17,9	19,6	21,1	22,6	23,8	24,5
14,0 - 14,9	18,9	19,9	21,2	23,3	24,0	26,0	26,4
15,0 - 15,9	19,9	20,4	21,8	23,7	25,4	26,6	27,2
16,0 - 16,9	21,3	22,5	23,4	24,9	26,9	28,7	29,6
17,0 - 17,9	22,4	23,1	24,5	25,8	27,3	29,4	31,2
18,0 - 18,9	22,6	23,7	25,2	26,4	28,3	29,8	32,4
19,0 - 24,9	23,8	24,5	25,7	27,3	28,9	30,9	32,1
25,0 - 34,9	24,3	25,0	26,4	27,9	29,8	31,4	32,6
35,0 - 44,9	24,7	25,5	26,9	28,6	30,2	31,8	32,7
45,0 - 54,9	23,9	24,9	26,5	28,1	30,0	31,5	32,6
55,0 - 64,9	23,6	24,5	26,0	27,8	29,8	31,0	32,0
65,0 - 74,9	22,3	23,5	25,1	26,8	28,4	29,8	30,6

Percentis para circunferência muscular do braço (cm)

Mulheres							
1,0 - 1,9	10,5	11,1	11,7	12,4	13,2	13,9	14,3
2,0 - 2,9	11,1	11,4	11,9	12,6	13,3	14,2	14,7
3,0 - 3,9	11,3	11,9	12,4	13,2	14,0	14,6	15,2
4,0 - 4,9	11,5	12,1	12,8	13,6	14,4	15,2	15,7
5,0 - 5,9	12,5	12,8	13,4	14,2	15,1	15,9	15,5
6,0 - 6,9	13,0	13,3	13,8	14,5	15,4	16,6	17,1
7,0 - 7,9	12,9	13,5	14,2	15,1	16,0	17,1	17,6
8,0 - 8,9	13,8	14,0	15,1	16,0	17,1	18,3	19,4
9,0 - 9,9	14,7	15,0	15,8	16,7	18,0	19,4	19,8
10,0 - 10,9	14,8	15,0	15,9	17,0	18,0	19,0	19,7
11,0 - 11,9	15,0	15,8	17,1	18,1	19,6	21,7	22,3
12,0 - 12,9	16,2	16,6	18,0	19,1	20,1	21,4	22,0
13,0 - 13,9	16,9	17,5	18,3	19,8	21,1	22,6	24,0
14,0 - 14,9	17,4	17,9	19,0	20,1	21,6	23,2	24,7
15,0 - 15,9	17,5	17,8	18,9	20,2	21,5	22,8	24,4
16,0 - 16,9	17,0	18,0	19,0	20,2	21,6	23,4	24,9
17,0 - 17,9	17,5	18,3	19,4	20,5	22,1	23,9	25,7
18,0 - 18,9	17,4	17,9	19,5	20,2	21,5	23,7	24,5
19,0 - 24,9	17,9	18,5	19,5	20,7	22,1	23,6	24,9
25,0 - 34,9	18,3	18,8	19,9	21,2	22,8	24,6	26,4
35,0 - 44,9	18,6	19,2	20,5	21,8	23,6	25,7	27,2
45,0 - 54,9	18,7	19,3	20,6	22,0	23,8	26,0	28,0
55,0 - 64,9	18,7	19,6	20,9	22,5	24,4	26,6	28,0
65,0 - 74,9	18,5	19,5	20,8	22,5	24,4	26,4	27,9

Fonte: Frisancho, A R. New norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status. Am. J. Clin. Nutr., 34:2540- 2545,1981.

Avaliação dietética.

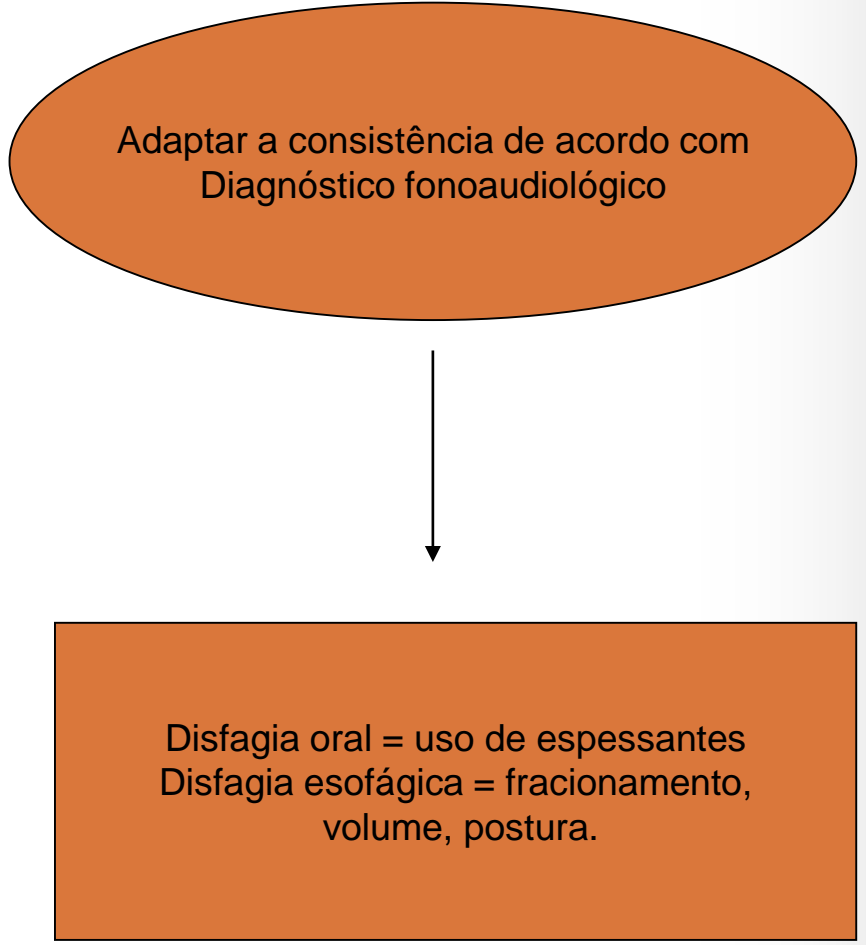
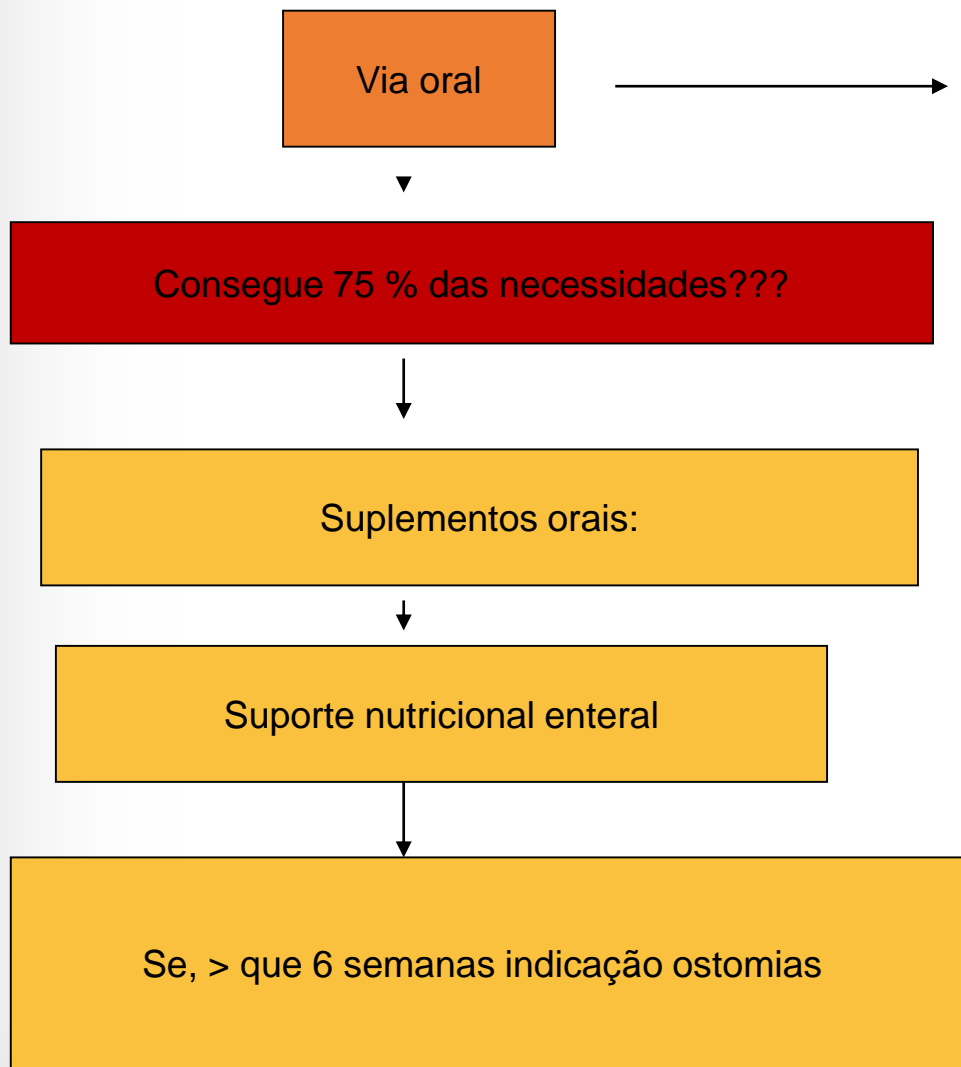
Indicadores Dietéticos: recordatório de 24 horas, diário alimentar, QFA, análise dos temperos utilizados.

- Depende da memória;
- Acompanhante ser da família;
- Ilustrações nos casos de afasia;
- Falar voltado ao paciente;
- Repetições para melhora da memória;

Dificuldade para seguir orientações:

- Dificuldades na organização de cardápios;
- Dificuldade na compra de alimentos;
- Limitação financeira;
- Dificuldade no preparo das refeições.





Disfagia

- ocorre em 45-65% dos casos de Acidente Vascular Cerebral (AVC) [1];
- pode predizer morte e incapacidade e levar a algumas complicações;
- como aspiração de alimentos, pneumonia, regurgitação nasal e desnutrição;
- merece grande atenção quanto à manutenção do Estado Nutricional (EN), tendo em vista que a ingestão alimentar adequada se torna muito difícil nestes casos [2];
- deve-se considerar que quadros de desnutrição levam a um aumento significativo da incidência de mortalidade e morbidade no ambiente hospitalar.

[1] Paciaroni M, Mazzotta G, Corea F, et al. Dysphagia following stroke. Eur Neurol 2004;51:162-167.

[2] Stanich P. Nutrição em Disfagia. In: Furkim AM, Santini CS. Disfagias Orofaríngeas. 2ª Edição. São Paulo: Pró Fono; 2004. 127.

Dietoterapia.

Níveis de Disfagia

- Nível 1: Disfagia moderada a grave:

purê homogêneo, consistência cremosa, lisa e sem grumos.

Objetivo: evitar mastigação, formação de bolos.



**Evitar: pedaços, caroços, sementes.
Ver líquidos a parte!!!**

- Nível 2: Disfagia leve a moderada

Purê + alimentos úmidos, pedaços pequenos (mecanicamente alterados).

Objetivo: fazer transição purê para sólidos



Evitar: cascas, batata frita, carnes duras, sanduíches, pizzas, cereais duros, sementes, bolos e cookies secos, vegetais “borrachudos”, etc.

Ver líquidos a parte!!!

- Dentição e mastigação adequada são exigidas

Objetivo: fazer transição para dieta geral

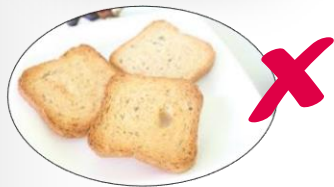


Evitar: cascas, batata frita, carnes duras, nozes, cereais secos e duros, frutas duras ou fibrosas, torradas, vegetais crus exceto alface picada, sementes, bolos e cookies secos, vegetais “borrachudos”, etc.

Ver líquidos a parte!!!



Pastos



Fonoaudiólogo faz a avaliação da consistência adequada.





Nível 1: alimentos pastosos homogêneos (sem pedaços), muito coesivos, que requerem pouca habilidade de mastigação. Entre eles: purês de frutas, geléias, purês de legumes, cremes ou sopas cremosas peneiradas etc.



Pasta

Fonoaudiólogo faz a avaliação da consistência adequada.





Fonoaudiólogo faz a avaliação da consistência adequada.

Espessantes:



R\$ 51,95



R\$ 84,42

		5g	100g
Calorias	kcal	18	356
Carboidrato	g	4,5	89
Proteínas	g	0	0
Gorduras Totais	g	0	0
Gorduras Saturadas	g	0	0
Gorduras Trans	g	0	0
Fibra Alimentar	g	0	0
Sódio	mg	11	222

COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL	100g de pó
Valor Calórico (kcal)	360
Carboidratos (g)	90
Proteínas (g)	< 0,5
Lipídios (g)	< 0,15
Fibras (g)	< 0,4
Sódio (mg)	200

	Volume	Consistência de xarope	Semi-líquida cremosa	Semi-sólida pudim
Bebidas	100ml	1 - 1,5	2	2,5 - 3
Suplementos	200ml	3	4,5 - 5	5,5
Refeições trituradas	100g	-	1	1,5 - 2

Estratégias Nutricionais

- ✓ **NÃO** liquidificar todos os alimentos juntos, pois dificulta à criança a testar os diferentes sabores e texturas dos alimentos;



**DIMINUI OS EPISÓDIOS
DE RECUSA ALIMENTAR**

Estratégias Nutricionais

- ✓ **PRESCREVER** o plano alimentar e **ORIENTAR** o cuidador a transformar os alimentos prescritos na consistência estipulada pela fonoaudióloga;



[Fonte: LESF, 2010]



[Fonte: LESF, 2010]

Líquidos na disfagia

Espessantes instantâneos



Goma Guar (Granel 200g)

A goma guar é usada pela indústria alimentícia como espessante, geleificante, emulsificante e estabilizante.

R\$9,99.



➤ *Ralo: água, sorvete, gelatina*



Tipo néctar



Mel



➤ *Pudim*

Fatores que favorecem a OBSTIPAÇÃO

- Incapacidade para expressar a necessidade de ingestão de líquidos;
- Dificuldade na deglutição de líquidos;
- Alimentação Pastosa ⇒ Baixa ingestão de fibras;
 ⇒ Consumo excessivo de farináceos;
- Imobilidade e o mau uso da musculatura abdominal na defecação;
- Ações adversas dos medicamentos.



Objetivo: reduzir espasticidade.

Medicamentos comuns:

- Baclofeno
- Benzodiazepínicos: diazepam, clordiazepóxido, clorazepato dipotássico, clonazepam.
- Gabapentina
- Tizanidina
- Clonidina
- Nabilona
- Neutólises químicas: fenol, álcool, toxina botulínica

Transtornos

gastrointestinais: náusea, vômito seco, vômito, constipação, diarreia. Sonolência. Digeusia (diminuição do paladar).

Metabólico e nutricional: edema (inchaço) periférico, ganho de peso, oscilações na glicemia, icterícia (devido às alterações na função do fígado a bile não é excretada pelas fezes e se deposita na pele e na esclera - “branco” do olho - deixando ambos com cor amarela intensa), elevação nos testes de função hepática.

- Uso de vitamina B12 e ácido fólico se houver hiperhomocisteinemia.

Quando em terapia de anticoagulação:

- Warfarin;
- Marevam;
- Manter RNI entre 2 e 3;
- Dieta: pobre em vitamina K.



- **Varfarina**

- Antagonista de Vitamina K;
 - Anticoagulante oral prescrito com maior frequência;
 - Tem absorção rápida e quase completa pelo trato gastrointestinal, sofrendo redução na presença de alimentos.
-
- Indicação - Prevenção/Tratamento:
 - Tromboembolismo venoso;
 - Embolia sistêmica;
 - Acidente vascular cerebral (AVC) em pacientes com próteses valvulares e fibrilação atrial;
 - Prevenção primária do infarto do miocárdio.

- Absorvida no Intestino Delgado e transportada pelas Vias Linfáticas.
- Lipossolúvel e, por isso, necessita de uma dieta com teor adequado em gorduras e um fluxo normal de bile e suco pancreático.
 - **Triglicérides = maior proteína carreadora.**
- Termoestável e Fotossensível.
- Possui rápida depleção das reservas hepáticas, em pessoas com dietas pobres em Vitamina K.
 - Independente da dose consumida - excreção em 3 dias: 20% urina e 40-50% fezes.
- Deficiência de Vitamina K: hemorragias, equimoses, melena, hematúria, hematêmese e osteoporose.

Estágio da Vida	Vitamina K		
	UL*	EAR	AI* ou RDA (µg)
Bebês			
0 - 6m	ND ^b	ND	2,0*
7 - 12m	ND	ND	2,5*
Crianças			
1 - 3 a	ND	ND	30*
4 - 8 a	ND	ND	55*
Homens			
9 - 13 a	ND	ND	60*
14 - 18 a	ND	ND	75*
19 - 30 a	ND	ND	120*
31 - 50 a	ND	ND	120*
51 - 70 a	ND	ND	120*
> 70 a	ND	ND	120*
Mulheres			
9 - 13 a	ND	ND	60*
14 - 18 a	ND	ND	75*
19 - 30 a	ND	ND	90*
31 - 50 a	ND	ND	90*
51 - 70 a	ND	ND	90*
> 70 a	ND	ND	90*
Gestantes			
Menos de 18 a	ND	ND	75*
19 - 30 a	ND	ND	90*
31 - 50 a	ND	ND	90*
Lactantes			
Menos de 18 a	ND	ND	75*
19 - 30 a	ND	ND	90*
31 - 50 a	ND	ND	90*

Tabela . Conteúdo de filoquinona de alimentos determinados por CLAE.

Faixas de concentração (µg de filoquinona por 100 g de alimentos)			
0,1-1,0	1-10	10-100	100-1000
Abacate (1,0)	Maçã (6)	Fava (19)	Brócolis (179)
Bananas (0,1)	Farelo de trigo (10)	Repolho roxo (19)	Couve de bruxelas (147)
Carne, bife (0,8)	Pão integral (2)	Couve-flor (31)	Repolho (339)
Pão branco (0,4)	Manteiga (7)	Pepino (21)	Alface (129)
Frango, coxa (0,1)	Cenoura (6)	Ervilhas (34)	Salsa (548)
Óleo de coco (0,5)	Vários queijos (2-6)	Óleo de oliva (80)	Óleo de canola (123)
Bacalhau fresco (<0,1)	Óleo de milho (3)	Mostarda (88)	Óleo de soja (173)
Farinha branca (0,8)	Gema de ovo (2)		Espinafre (380)
Presunto (0,1)	Uvas verdes (9)		Agrião (315)
Milho (0,3)	Aveia (10)		
Manga (0,5)	Pêssegos frescos (4)		
Laranja (<0,5)	Ameixa (8)		
Leite de vaca (0,6)	Morangos (3)		
Arroz branco (0,1)	Óleo de girassol (6)		
Batatas (0,9)	Tomates (6)		
Iogurte (0,8)	Trigo (8)		

Alimentos crus, exceto quando a forma cozida é indicada.

*CLAE = cromatografia líquida de alta eficiência.

ALIMENTOS	VIT. K ₁ (µg/100 g)	ALIMENTOS	VIT. K ₁ (µg/100 g)	ALIMENTOS	VIT. K ₁ (µg/100 g)
FRUTAS					
Banana	0,7	Melancia	2,2	Abacate	21
Pêra	3,8	Kiwi	41	Maçã c/casca	5,6
Morango	2,3	Figo	15,6	Maçã s/casca	0,3
Uva	16,1	Amora	19,3	Pêssego	2,1
Suco de abacaxi	0,3	Suco de laranja	0,1		
CHÁS E CAFÉ					
Chá preto fervido	262	Chá preto pronto	0,02	Folha chá preto	945
Chá verde fervido	433	Chá verde pronto	0,03	Folha chá verde	1654
Café instantâneo	9,3	Café infusão	0,02		
LATICÍNIOS					
Leite integral	0,3	Leite c/ chocolate	0,2	Queijo cheddar	3,1
Leite semi-desnatado	0,2	Queijo mussarela	1,3	Queijo suíço	2,8
Iogurte light	0,1	Cottage	0,4		
CEREAIS E GRÃOS					
Pão francês	0,6	Cereal matinal	5,0	Farinha de aveia crua	2,0
Macarrão	ND*	Barra de cereais	6,0	Farinha de aveia cozida	0,4
Arroz cozido	0,03	Pão integral	3,4	Pão de centeio	3,0
Granola	1,8	Torrada	3,5	Milho cozido	0,3
VERDURAS E LEGUMES					
Brócolis cru	102	Brócolis cozido	141	Alface romana	103
Cenoura crua	8,3	Cenoura cozida	13,7	Cebola	0,3
Pepino s/pele	2,6	Pepino c/pele	16,4	Espinafre cozido	541
Batata cozida	2,9	Batata frita	11,2	Rabanete	1,4
Couve	440	Salada de folhas	315	Couve-bruxelas	177
Repolho	145	Couve-flor cozida	20	Batata doce	1,0
Tomate	2,7	Molho industrializado c/salsa	13,9	Catchup	3,6
Cogumelo	0,06	Azeitona verde	1,4	Pimenta verde crua	7,1
Pimenta verde cozida	21,4	Pimenta vermelha crua	4,9	Pimenta vermelha cozida	16,5
ÓLEOS E GORDURAS					
Óleo de soja	193	Óleo de canola	127	Óleo de algodão	60
Óleo de oliva	55	Margarina	42	Maionese	41
Óleo vegetal misto	114,4	Óleo de milho	54	Manteiga	10
CARNES, OVOS E EMBUTIDOS					
Lingüiça	3,5	Carne bovina grelhada	1,2	Bife figado	3,3
Lombo porco	ND*	Ovo cozido	0,4	Ovo frito	6,9
Peixe fresco	<1	Salame	1,3	Frango frito	4,5
Atum em óleo	6,4	Atum em salmoura	2,3	Presunto cozido	<0,01
LEGUMINOSAS E OLEAGINOSAS					
Ervilha fresca	24	Feijão cozido	2,7	Amendoim seco	0,3
Castanha de caju	34,8	Nozes	53,9	Pistache	13,2
PREPARAÇÕES					
Hambúrguer	5,9	Hambúrguer c/molho	19,3	Lanche de frango	15,1
Lanche de peixe	13,7	Molho p/ salada	100	Lasanha	5,0
Pizza	4,0	Pipoca	20	Geléia	12
Creme de espinafre	292	Creme de milho	0,05	Brownie	14
Bebida alcoólica	ND*	Caldo carne/legume	9,3	Chocolate em barra	2,3

- **Fatores que interferem a sua absorção:**
 - Fisiologia do indivíduo e seu estado nutricional;
 - Doenças específicas;
 - Má absorção gastrointestinal;
 - Ingestão insuficiente;
 - Dieta livre de gorduras;
 - Secreção biliar comprometida;
 - Nutrição Parenteral Total;
 - Uso de Anticoagulantes Cumarínicos (antagonistas de Vitamina K);
 - Megadoses de Vitaminas A e E.



Fatores que favorecem a OBESIDADE

- Inatividade Física;
- Hiperalimentação pela Via alternativa de alimentação;
- Consumo excessivo de farináceos;
- Consumo excessivo de alimentos fonte de carboidrato;
- Ações adversas dos medicamentos.



Aconselhamento nutricional

- Paciente alimenta-se sozinho?
- Presença disfagia?
- Controle de esfínteres?
- S.S: transporte e retaguarda familiar, aquisição de medicações, órteses e meios auxiliares para marcha.
- Psico: é comum presença de depressão ou ansiedade e principalmente avaliação e acompanhamento cognitivo.
- Afasias?
- Presença de espasticidade?

Características: supervalorizam as perdas, diminuem expectativas futuras.

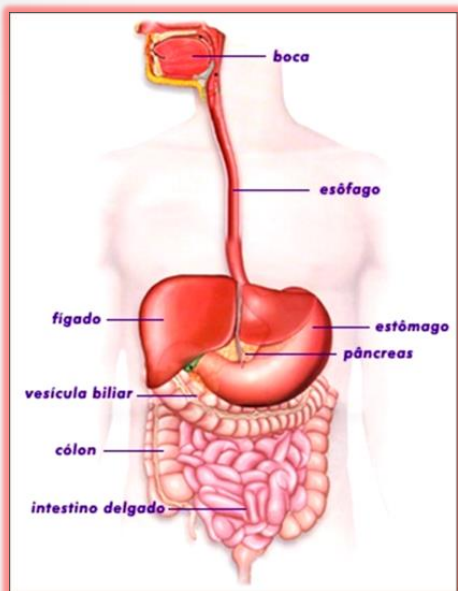
Desafios no aconselhamento nutricional ao paciente TCE:

- Dificuldade para falar de assunto concreto;
- É comum interromper o interlocutor;
- Dificuldade em manter conversação;
- Dificuldade em estruturar discurso;
- Sorriso exagerado;
- Informação excessiva ou redundância;
- Dificuldade de se situar;
- Dificuldade no vocabulário;
- Dificuldade de adequar as respostas;
- Desorientação;
- Desorganização;
- Falta de iniciativa;
- Circunlóquios: dificuldade em ser específico e preciso em relação ao tema.

- Usar repetição e redundância
- Usar frases curtas, claras e diretas
- Reduzir a velocidade de fala
- Reduzir barulho de fundo e estímulos competitivos
- Usar sinais de alerta
- Orientação e suporte familiar

- Faça sempre contato visual
- Procure conversar em ambientes silenciosos para facilitar a compreensão
- Falar alto não ajuda!
- Não infantilize a comunicação
 - Quando o paciente apresentar dificuldade para iniciar a fala, deve-se auxiliar a comunicação dando “pistas” ou “dicas”
 - Não falar pelo paciente
 - Dê preferência a perguntas que podem ser respondidas com “SIM” ou “NÃO”

(Battistella; Salimene; Macedo, 1997)

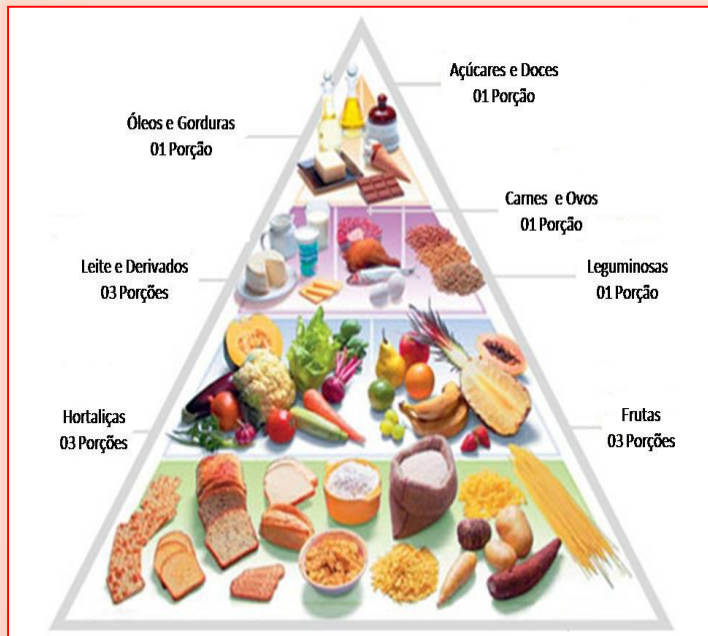


25% do Prato
Alimentos ricos em proteínas: Leguminosas em geral (feijão sem carne salgada : fradinho, branco, mulatinho, preto, verde, grão de bico, andu, lentilha, ervilha, soja, tofú... e carnes de preferência as brancas (peixe e frango)

25% do Prato
Alimentos ricos em carboidratos
Cereais de preferência integrais (arroz, milho...), Raízes, batatas, abóboras, massas de preferência integrais.



50% do Prato
Alimentos ricos em Vitaminas e Minerais: Hortaliças (salada crua) e vegetais cozidos no vapor Temperados com azeite de oliva extra virgem (1 col de sopa), **cuidado com o consumo de sal** Evitar molhos prontos



Cereais, Pães, Tubérculos e Raízes até 06 porções

Adaptado de www.fibermais.com.br

INFORMAÇÕES NUTRICIONAIS
PORÇÃO DE 100g (em média 5 pedaços)

Quantidade por porção		%VD (*)
Valor Energético	92 kcal = 386 kJ	5%
Carboidratos	10,4 g	3%
Proteínas	1,3 g	2%
Gorduras Totais	5,0 g	9%
Gorduras Saturadas	0,87 g	4%
Gorduras Trans	0,13 g	-
Fibra Alimentar	2,46 g	10%
Sódio	446 mg	19%

(*) Valores diários com base em uma dieta de 2.000 kcal ou 8400 kJ. Seus valores diários podem ser maiores ou menores dependendo de suas necessidades energéticas.
(**) Valores diários de referência não estabelecidos.



Lesão Encefálica

C.F.S.M., 47 anos, sexo feminino, casada, 2 filhos.

Diagnóstico: hemiplegia espástica direita, AVC isquêmico em outubro (2015), afasia de compreensão, disfagia moderada e depressão;

Doenças associadas: Hipertensão arterial e triglicérides alto; Varfarin

Medicação: Varfarin, benzofibratos, lozartana.

Estado nutricional: ?

Prescrição dietética: ?

Educação Nutricional: ?

Lesão Encefálica

	Inicial (28/01/2016)	Final (02/03/2016)
Peso (Kg)	59,2 kg	56,2 kg
Estatura (m)	1,56 m	1,56 m
Índice de Massa Corporal (IMC)	?	?
Massa Gordura (kg)	20,5 kg	16,2 kg
% Gordura	34,7%	28,82 %
Massa Magra (kg)	38,7 kg	40,0 kg
Água Corporal Total	28,0 litros	28,0 litros
% Massa Magra	72,4 %	71,17%
Taxa de Metabolismo Basal	1176 kcal	1432 kcal
Resistência	662 ohms	662 ohms
Reactância	67 ohms	83 ohms

Adultos (20 a 60 anos) OMS, 1995 e 1997.	- IMC: <16,0 magreza grau III - IMC: 16,0 – 16,9 magreza grau II - IMC: 17,0-18,4 magreza grau I - IMC: 18,5 e < 24,90: peso saudável (eutrófico) - IMC: 25 e < 29,9: sobrepeso - IMC: > 30,0: obesidade - IMC: 30 a 34,9: Obeso I - IMC: 35 a 39,9: Obeso II - IMC: ≥ 40: Obesidade III
	Idosos (> 60 anos) Opas, 2003

Valores de referência para % de Gordura Corpórea	% Gordura corpórea	
	Homens	Mulheres
Risco de doenças e distúrbios associados à desnutrição	≤ 5	≤ 8
Abaixo da média	6 a 14	9 – 22
Média	15	23
Acima da média	16 a 24	24 a 31
Risco de doenças associadas a obesidade	≥ 25	≥ 32

Fonte: Lohman, T.G.etal, 1991.

OBRIGADO!

Equipe de Nutrição

IMREA – Vila Mariana

Colaboradores: Aline Sommer, estágio curricular
Saúde Pública.

