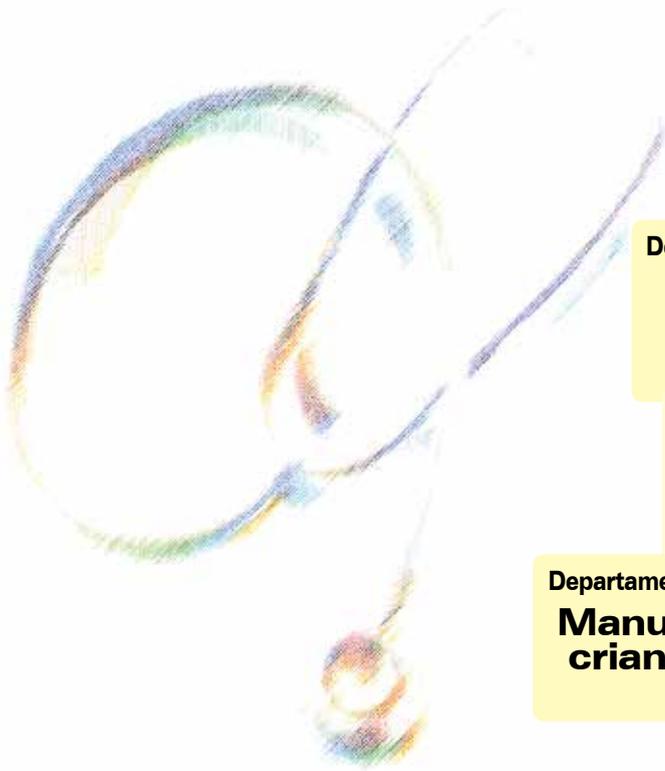


recomendações

Atualização de Condutas em Pediatria

nº **69**

Departamentos Científicos SPSP - gestão 2013-2016
Julho 2014



Departamento de Nefrologia
Emergência hipertensiva em crianças

Departamento de Nutrição
Dislipidemia na infância e na adolescência

Departamento de Cuidados Paliativos
Manuseio da dor em crianças portadoras de patologias



Sociedade de Pediatria de São Paulo

Alameda Santos, 211, 5º andar
01419-000 São Paulo, SP
(11) 3284-9809

Dislipidemia na infância e na adolescência

A dislipidemia, caracterizada pela alteração do perfil lipídico, pode ser classificada como primária e secundária. A hipercolesterolemia familiar (HCF) heterozigótica é a mais comum dislipidemia primária em Pediatria. As causas secundárias são as mais prevalentes, sendo a obesidade a mais frequentemente diagnosticada. Existem outras causas que devem ser identificadas, como estilo de vida, incluindo tabagismo e etilismo, doenças ou síndromes e medicamentos.

quadros. Recomenda-se a classificação da I Diretriz Brasileira sobre Prevenção da Aterosclerose na Infância e na Adolescência para o perfil lipídico da criança maior de 2 anos e do adolescente. Também existem outras referências internacionais para classificação do perfil lipídico.

Nos quadros 1 (página 9), 2 (página 11) e 3 (página 12), estão descritos resumidamente o algoritmo de diagnóstico e conduta nas dislipidemias, a terapia medicamentosa e as condutas nutricionais.

Autoras:

Cecília Zanin Palchetti e
Fernanda Luísa Ceragioli Oliveira

DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

Gestão 2013-2016

Presidente:

Maria Arlete M. S. Escrivão

Vice-presidente:

Rubens Feferbaum

Secretário:

Mauro Fisberg

Membros:

Anne Lise Dias Brasil, Antonio de A. Barros Filho, Ary Lopes Cardoso, Ceres Concílio Romaldini, Claudio Leone, Fabio Ancona Lopez, Fabiola Isabel Suano de Souza, Fernanda Luísa Ceragioli Oliveira, Izilda das Eiras Tâmega, Luiz Anderson Lopes, Maria Paula de Albuquerque Porfírio, Mario Cicero Falcão, Rosana Tumas.

Diagnóstico

O diagnóstico de dislipidemia é efetuado após a constatação de mais de uma mensuração alterada do perfil lipídico, colhido adequadamente com 12 horas de jejum, no mesmo laboratório de análises clínicas. Considera-se perfil lipídico alterado quando um ou mais valores séricos de triglicérides, colesterol total e frações estiverem inade-

Prevenção

O processo aterosclerótico pode ser iniciado na infância e suas repercussões clínicas e metabólicas serão observadas na terceira ou quarta década de vida. O aleitamento materno deve ser incentivado. Na impossibilidade do mesmo, deve-se orientar a utilização correta de fórmulas infantis. A introdução da alimentação complementar deve ser feita

Quadro 1. Algoritmo de diagnóstico e conduta

Adolescentes

História Familiar Positiva DCV

Pais com Dislipidemia

Jejum 12 horas:

CT, TG, LDLc, HDLc

Repetir e usar médias

Dislipidemia Secundária

Condições clínicas

Distúrbios nutricionais → **obesidade**

Uso regular medicação

Doenças metabólicas, renais e hepáticas

Síndromes

TG > 500mg/dL LDLc > 250mg/dL	→ encaminhar para especialista
----------------------------------	-----------------------------------

LDLc < 110mg/dL, TG < 100mg/dL (< 10anos) e TG < 130mg/dL (10 a 19 anos)

→ Repetir em 1 ano

→ Educação Nutricional/Prevenção

→ Evitar fatores de risco e orientar estilo de vida

LDLc entre 110 e 130mg/dL

→ Reavaliar estilo de vida a cada 3 meses

→ Repetir perfil lipídico em 1 ano

→ Orientar sobre fatores de risco

Tratamento – dieta fase II aliada à atividade física

TG ≥ 100 mg/dL (< 10 anos) e ≥ 130 (10 a 19 anos)

→ Reavaliar estilo de vida a cada mês

→ Repetir perfil lipídico a cada três meses

→ Perda de peso, se necessário

→ Orientar dieta específica para hipertrigliceridemia

LDLc > 130 mg/dL

→ Reavaliar estilo de vida mensalmente

→ Repetir perfil lipídico a cada três meses

→ Avaliar causa (primária ou secundária)

→ Triagem de toda família

→ Intervenção clínica agressiva

→ Dietoterapia e atividade física

Meta: < 130mg/dL Ideal: < 110mg/dL

de forma gradativa a partir dos seis meses de vida. O uso de leite desnatado não é recomendado, visto que é fonte de vitaminas lipossolúveis, que são potentes antioxidantes exógenos.

Preconiza-se que a in-

gestão de colesterol diária seja restrita a 300 mg/dia e que as gorduras representem de 20 a 35% da ingestão energética total ($< 10\%$ gordura saturada e $< 1\%$ gordura *trans*) em crianças maiores de 2 anos.

Para a população pediátrica maior de 2 anos, recomenda-se:

- Ingestão calórica balanceada associada à atividade física para manter o crescimento normal;
- 60 minutos diários de brincadeiras com intensidade moderada à intensa ou atividade física regular, além da redução do tempo gasto com atividades sedentárias (até 2 horas/dia);
- Comer frutas e hortaliças diariamente e limitar a ingestão de sucos;
- Usar óleos vegetais ou margarinas com baixos teores de gorduras saturadas e trans;
- Preferir pães e cereais integrais a alimentos refinados;
- Reduzir a ingestão de bebidas e alimentos adicionados de açúcar;
- Ingerir laticínios diariamente, preferindo os que apresentem menores teores de gordura;
- Aumentar a ingestão de peixe, principalmente os oleosos, em preparações assadas ou grelhadas;
- Reduzir a ingestão de sal, inclusive o consumo de alimentos processados.

Tratamento

O tratamento inicial das crianças com alteração lipídica consiste em estimular a atividade física regular e modificar a dieta conforme a lipoproteína alterada. A intervenção nutricional é o primeiro passo no tratamento da dislipidemia. As recomendações nutricionais devem almejar oferta calórica adequada, permitindo que a

criança cresça e se desenvolva normalmente.

A terapia medicamentosa deve ser utilizada nas crianças acima de 10 anos de idade que não responderam adequadamente após 6 meses a 1 ano ao tratamento dietético com mudança do estilo de vida, permanecendo valores elevados de LDLc, sugerindo alto risco de desenvolver doença car-

Quadro 2. Terapia medicamentosa

TERAPIA MEDICAMENTOSA

+

DIETOTERAPIA

+

ATIVIDADE FÍSICA

LDLc ≥ 190 mg/dL

LDLc ≥ 160 mg/dL associada a fatores:

- História familiar positiva
- Evento precoce doença cardiovascular na família
- Síndrome metabólica
- Tabagismo

LDLc ≥ 130mg/dL - Diabetes mellitus

TG > 400mg/dL

>1000mg /dL pós prandial

}

Alto risco de pancreatite

diovascular precocemente. Os critérios para tratamento medicamentoso são os mesmos do consenso de 1992 para HCF, porém a droga de

primeira escolha é a estatina. Em alguns casos pode ser considerado o início do tratamento antes dos 10 anos de idade.

Referências bibliográficas

Oliveira FLC, Patin RV, Escrivão MAMS. Atherosclerosis prevention and treatment in children and adolescents. Expert Rev Cardiovasc Ther 2010; 8(4): 513-28.

Giuliano ICB, Caramelli B, Pellanda L, Duncan B, Mattos S, Fonseca FH. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de prevenção da aterosclerose na infância e na adolescência. Arq Bras Cardiol 2005;85(Suppl 6): 3-36.

Kwiterovich PO Jr. Recognition and management of dyslipidemia in children and adolescent. J Clin Endocrinol Metab 2008; 93(11):4200-9.

Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents: Summary Report. Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Pediatrics 2011; 128:S213-S55.

National Cholesterol Education Program (NCEP): Highlights of the Report of The Expert Panel on Blood Cholesterol Levels in Children and Adolescents. Pediatrics 1992; 89:496-501.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola / Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. 3. ed. - São Paulo, SBP, 2012. 148 p.

American Heart Association Nutrition Committee, Lichtenstein AH, Appel LJ, Brands M, Carnethon M, Daniels S et al. Diet and lifestyle recommendations revision 2006: a scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. Circulation 2006; 114(1): 82-96.

Santos RD, Gagliardi ACM, Xavier HT, Magnoni CD, Cassani R, Lottenberg AM et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz sobre o consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular. Arq Bras Cardiol 2013; 100(1Supl.3):1-40.

Quadro 3. Condutas nutricionais

HIPERCOLESTEROLEMIA

→ Crianças menores de 2 anos

Aleitamento materno exclusivo até 6 meses

Não há restrição no consumo de gorduras

Consumo de alimentos ricos em antioxidantes

→ Crianças maiores de 2 anos e adolescentes

Lipídios: 25 a 35% valor energético total da dieta

Colesterol dietético: < 200 mg/d

Gordura saturada: < 7%

Inclusão de fitoesteróis: 2g/d

Inclusão de fibras solúveis (beta glucanas, pectinas, gomas). Exemplo: aveia

Consumo de alimentos ricos em antioxidantes

HIPERTRIGLICERIDEMIA

→ Redução do consumo de gorduras totais

→ Limitar o consumo de carboidratos simples

→ Aumentar o consumo de alimentos ricos em ácidos graxos ômega-3. Exemplo: peixes de água fria três vezes por semana