

recomendações

Atualização de Condutas em Pediatria

Departamentos Científicos SPSP
Gestão 2016-2019

83

Março
2018



**Grupo de Trabalho
Saúde Oral**

Sucção e
respiração oral no
desenvolvimento
da dentição

**Departamento de
Gastroenterologia**

O que é refluxo
gastroesofágico?



Diretoria de Publicações
Sociedade de Pediatria de São Paulo

www.spsp.org.br

O que é refluxo gastroesofágico?

Autora:

Vera Lúcia Sdepanian

DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGIA

Gestão 2016-2019

Presidente:

Vera Lúcia Sdepanian

Vice-presidente:

Gilda Porta

Secretário:

Marisa da Silva Laranjeira

Membros:

Adriana Maria Alves de Tommaso, Adriano de Castro Filho, Ana Maria Magni, Antonio Fernando Ribeiro, Ceres Concilio Romaldini, Cesar Augusto Lunardi, Dorina Barbieri, Eliana Vidolin, Elizete Ap. Lomazi da C. Pinto, Eraldo Samogin Fiore, Fátima Regina de Almeida Patiño, Francisco de Agostinho Júnior, Helga Verena L. Maffei, Ieda Regina Lopes Del Ciampo, Irene Kazue Miura, Izaura G. Ramos Assumpção, Jane Oba, José Espin Neto, Liliane Maria Salgado de Castro, Lívia Carvalho Galvão, Luiz Henrique Hercowitz, Maraci Rodrigues, Marcela Duarte de Sillos, Maria Angela Bellomo Brandão, Maria de Fátima C. Pimenta Servidoni, Maria Fernanda M. D'Amico, Maria Inez M. Fernandes, Maria Teresa T. Alves, Mauro Batista de Moraes, Mauro Sérgio Toporovski, Nancy T. B. Cordovani, Natascha Silva Sandy, Ramiro Anthero de Azevedo, Regina Sawamura, Regis Schander Ferrelli, Renata Alessandra Cazzaniga, Renata Pereira Sustovich Puglieses, Rosa Helena M. Bigelli, Silvio Kazuo Ogata, Soraya Tahan, Soraya Goshima, Ulysses Fagundes Neto, Yu Kar Ling Koda.

Refluxo gastroesofágico (RGE) é o retorno do conteúdo gástrico para o esôfago. Trata-se de um processo fisiológico normal, que ocorre várias vezes/dia em lactentes, crianças, adolescentes e adultos saudáveis. A maioria dos episódios apresenta duração inferior a três minutos, ocorre no período pós-prandial e causa pouco ou nenhum sintoma.^{1,3}

O RGE é uma queixa frequente em consultórios de pediatria e está entre as três principais causas de consulta na Gastroenterologia pediátrica. A prevalência do RGE, ao longo do primeiro ano de vida, reduz de aproximadamente 67% (aos 4 meses) para menos de 5% (aos 12 meses) (Figura 1).²

Qual a diferença entre regurgitação e vômito?

A regurgitação corresponde ao retorno passivo, sem esforço, do conteúdo do estômago para a boca, que não é precedido por náusea. O vômito corresponde à expulsão violenta do conteúdo gástrico pela boca, que pode ser precedido por náusea, palidez, taquicardia, taquipneia, sudorese e sialorreia.

Quais seriam os possíveis diagnósticos diferenciais para lactentes com regurgitação e/ou vômitos?

Esses sintomas podem estar associados a situações tanto fisiológicas quanto patológicas, nos primeiros meses de vida. Os possíveis diagnósticos diferenciais seriam refluxo gastroesofágico, doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e alergia à proteína do leite de vaca. Devemos também considerar outros diagnósticos diferenciais, como: infecção do trato urinário, erros inatos de metabolismo, anormalidade anatômica do tubo digestivo alto e doenças neurológicas.¹

Qual é a evolução natural de sintomas como regurgitações e/ou vômitos presentes em lactentes nos primeiros meses de vida?

É importante que o pediatra informe aos familiares ou cuidadores do lactente que regurgitações e/ou vômitos nos primeiros meses de vida ocorrem com frequência. Esse fato pode ser exemplificado no estudo de Nelson et al. que aplicou um questionário para 948 pais de lactentes saudáveis e demonstrou que, entre 4 a 6 meses, 67% dos lactentes apresentavam regurgitação após as mamadas e que essa proporção reduziu a 21% e 5%, aos 7-9 e 10-12 meses de vida, respectivamente (Figura 1).² Portanto, espera-se a resolução espontânea dos sintomas de regurgitação ao final do primeiro ano de vida.

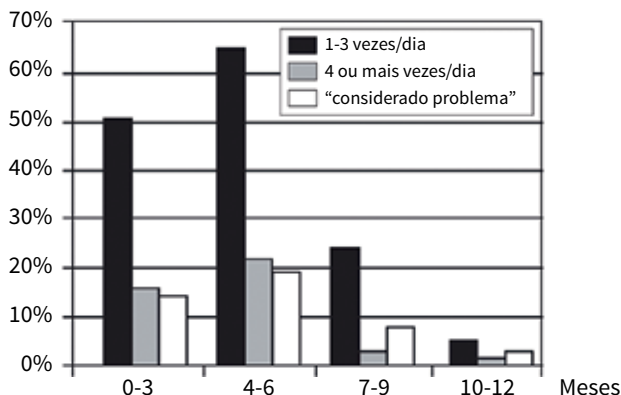
O que é a doença do refluxo gastroesofágico?

Denomina-se DRGE quando o retorno do conteúdo gástrico causa sintomas prejudiciais ao bem-estar do indivíduo e/ou complicações clínicas.^{1,3}

Quais são os principais sintomas e complicações observadas em lactentes com DRGE que nasceram a termo?

Os principais sintomas são: regurgitação ou vômitos associados com irritabilidade, odinofagia; anorexia ou recusa alimentar; baixo ganho de peso; dor abdominal; distúrbios

Figura 1 – Vômitos ou regurgitações recorrentes



do sono; sintomas respiratórios, como: tosse e chiado.^{1,3} Entretanto, não existe grupo etário ou sintoma específico que garanta o diagnóstico seguro da DRGE.^{1,3}

O fluxograma (Figura 2) é sugerido pela Diretriz das Sociedades Europeia e Norte-americana¹ e Academia Americana de Pediatria (AAP).³ Destaca qual a conduta no caso de lactentes sem sinais de alerta.^{1,3} É fundamental que o lactente seja acompanhado durante duas a quatro semanas para averiguar a resposta a esta proposta terapêutica.^{1,3}

Quais seriam as medidas posturais mais adequadas para evitar o RGE?

Primeiramente, devemos lembrar da anatomia da junção gastroesofágica, que está localizada em posição superior e posterior ao estômago. Desta forma, quando o lactente está em posição ereta, ou seja, “em pé”, essa junção permanece em contato com a bolha gástrica, relativamente protegida do refluxo líquido.³ Por outro lado, quando o lactente está deitado em posição supina, isto é, decúbito dorsal, essa junção está em contato direto com o líquido do conteúdo gástrico. Assim como, deitado em posição prona (decúbito ventral), a junção está em contato com a bolha gástrica e, portanto, também protegida do refluxo líquido.

Dessa forma, logo após as mamadas, o lactente deve ser colocado em posição vertical, durante 20 a 30 minutos.^{1,3} E quando colocado no berço, não deve permanecer em posição prona (decúbito ventral), tampouco em posição lateral, que não é uma posição estável, porque o lactente poderia “escorregar” para a posição ventral. E, é especificamente essa posição (ventral) que deve ser evitada, porque está associada ao risco de síndrome de morte súbita.^{1,3} Portanto, **a posição dorsal é recomendada para o lactente durante sua permanência no berço.**^{1,3}

É observado que o lactente na posição “sentada” (“bebê conforto”) apresentará aumento dos episódios de refluxo, pois o lactente com idade inferior a seis meses não apresenta tônus normal da região dorsal e o corpo movimentar-se para frente, contraindo a musculatura do abdome.^{1,3}

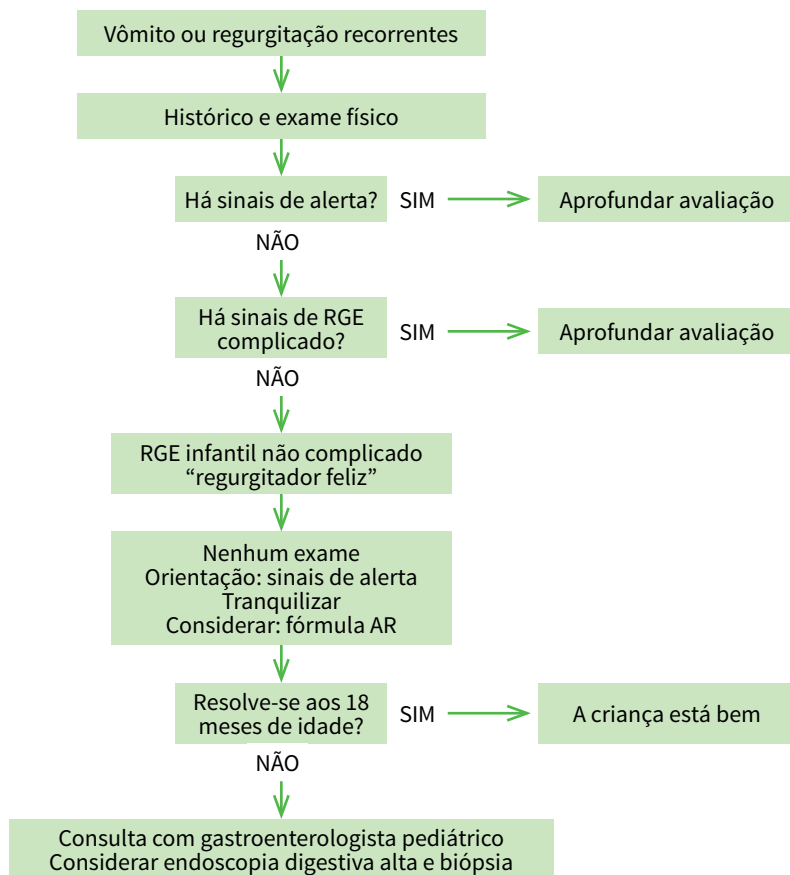
Apesar da posição “totalmente vertical” diminuir o número de refluxos, o estudo de Chao et al. sugere que o con-

sumo de fórmula infantil antirregurgitação é mais efetivo na redução dos episódios de regurgitação após mamada.⁴

Quais seriam as condutas dietéticas indicadas para os lactentes com RGE?

O aleitamento materno exclusivo é de fundamental importância e deve ser mantido sempre que possível. Reduzir os intervalos entre as mamadas parece contribuir para a melhora dos sintomas.^{1,3} Para lactentes em uso de fórmulas

Figura 2 – Conduta no caso de lactentes sem sinais de alerta



infantis de rotina, recomenda-se a substituição por fórmulas infantis antirregurgitação.⁴

As fórmulas antirregurgitação com amido pré-gelatinizado, sem excesso de carboidratos e quantidade adequada de proteínas contribuem para a manutenção de uma nutrição adequada e reduz o risco de sobrepeso e obesidade no futuro.⁵

Na elaboração de fórmulas infantis antirregurgitação o amido é pré-gelatinizado (amido digerível) - uma proporção da lactose é substituída por amido de milho, arroz ou batata.⁵ Este amido ao entrar em contato com o pH ácido do estômago transforma-se em conteúdo espesso. Essa característica resulta em fórmula infantil líquida no momento do preparo, que apenas após o contato com o ácido clorídrico do estômago torna-se espessa. É importante que o pediatra oriente os responsáveis pelo lactente que a fórmula infantil torna-se espessa (mais viscosa) apenas após contato com o pH ácido do estômago. Essa situação é benéfica para o lactente, que receberá o conteúdo na textura habitual – líquida (leite materno ou fórmula infantil de rotina). Cortar o bico da mamadeira é uma prática frequente, mas inadequada, pois o lactente receberá um volume superior de alimento, em divergência com a sua capacidade fisiológica, resultando em risco de engasgos, tosse ou aspiração.

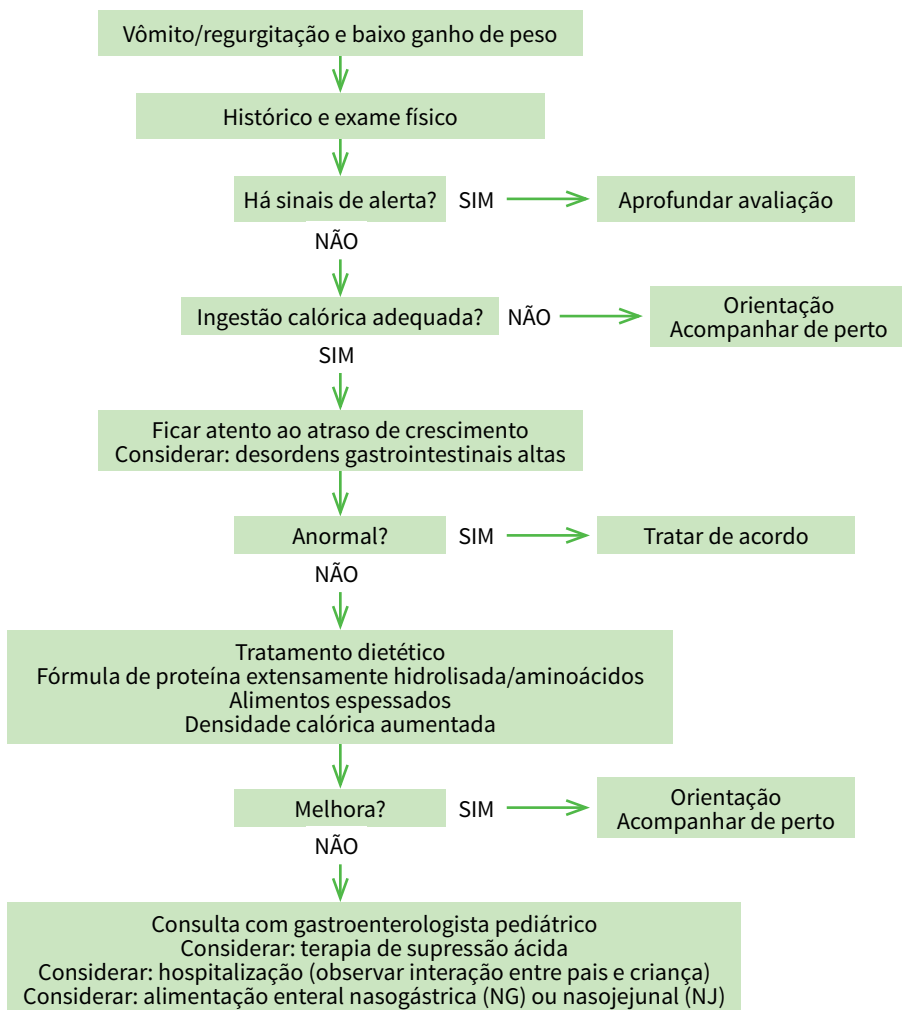
Outro aspecto que vale a atenção é que as fórmulas infantis com amido pré-gelatinizado à base de carboidratos digeríveis não comprometem a biodisponibilidade de nutrientes essenciais, como cálcio, ferro e zinco, o que pode ocorrer com o consumo de fórmulas infantis com carboidratos não digeríveis como, por exemplo, goma jataí.⁶

Fórmulas infantis antirregurgitação atendem todas as recomendações nutricionais para lactentes?

Sabemos que a alimentação do lactente durante o primeiro ano de vida é prioritariamente láctea (leite materno ou fórmulas infantis). Por este motivo, caso o lactente esteja consumindo fórmula infantil AR, a mesma deve conter todos os nutrientes essenciais para o melhor desenvolvimento do mesmo. Cuidados adicionais como a oferta ideal de proteínas: quantidade e qualidade similares as encontradas no leite materno, contribuem na redução do risco de obesidade no futuro.⁷ É indis-

tível a importância da presença de DHA e ARA em fórmulas infantis, embora não obrigatória. Segundo *Codex Alimentarius*, é muito recomendada, pois contribui para o adequado desenvolvimento neurológico e visual dos lactentes.⁸

Figura 3 – Conduta no caso de lactentes que apresentam algum sinal de alerta ou baixo ganho de peso



Referências:

1. Vandenplas Y, Rudolph CD, Di Lorenzo C, Hassall E, Liptak G, Mazur L, et al. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009;49(4):498-547.
2. Nelson SP, Chen EH, Syniar GM, Christoffel KK. Prevalence of symptoms of gastroesophageal reflux during infancy. A pediatric practice-based survey. *Pediatric Practice Research Group. Arch Pediatr Adolesc Med.* 1997;151(6):569-72.
3. Lightdale JR, Gremse DA. Section on Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. Gastroesophageal reflux: management guidance for the pediatrician. *Pediatrics.* 2013;131(5):e1684-95.
4. Chao HC, Vandenplas Y. Effect of cereal-thickened formula and upright positioning on regurgitation, gastric emptying, and weight gain in infants with regurgitation. *Nutrition.* 2007;23(1):23-8.
5. Codex Alimentarius Commission. Joint FAO/WHO Food Standards Programme. Codex Standard for Infant Formulae (Codex Stan 72-1981). Codex Standard for Follow Up Formulae (Codex Stan 156-1987). In: Codex Alimentarius, Vol 4. 2nd ed. Rome: FAO/WHO; 1994.
6. Bosscher D, Van Caillie-Bertrand M, Deelstra H. Effect of thickening agents, based on soluble dietary fiber, on the availability of calcium, iron, and zinc from infant formulas. *Nutrition.* 2001;17(7-8):614-8.
7. Weber M, Grote V, Closa-Monasterolo R, Escobiano J, Langhendries JP, Dain E, et al. Lower protein content in infant formula reduces BMI and obesity risk at school age: follow-up of a randomized trial. *Am J Clin Nutr.* 2014;99(5):1041-51.
8. Colombo J, Carlson SE, Cheatham CL, Shaddy DJ, Kerling EH, Thodosoff JM, et al. Long-term effects of LCP/UFAs supplementation on childhood cognitive outcomes. *Am J Clin Nutr.* 2013;98(2):403-12.
9. Ferreira CT, Carvalho ED, Sdepanian VL, Morais MB, Vieira MC, Silva LR. Gastroesophageal reflux disease: exaggerations, evidence and clinical practice. *J Pediatr (Rio J).* 2014;90(2):105-18.
10. Orenstein SR, Hassall E, Furmaga-Jablonska W, Atkinson S, Raanan M. Multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled trial assessing the efficacy and safety of proton pump inhibitor lansoprazole in infants with symptoms of gastroesophageal reflux disease. *J Pediatr.* 2009;154:514-20.
11. Chen IL, Gao WY, Johnson AP, Niak A, Troiani J, Korvick J, et al. Proton pump inhibitor use in infants: FDA reviewer experience. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2012;54(1):8-14.
12. Winter H, Gunasekaran T, Tolia V, Gottrand F, Barker PN, Ilueca M. Esomeprazole for the treatment of GERD in infants ages 1-11 months. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2012;55:14-20.

Qual a conduta quando o lactente apresenta algum sinal de alerta e/ou baixo ganho de peso?

Esse paciente deverá realizar exames subsidiários, lembrando dos vários diagnósticos diferenciais, de acordo com a anamnese e exame físico.^{1,2} O fluxograma (Figura 3) é sugerido pela Diretriz das Sociedades Europeia e Norte-americana e AAP. Destaca qual a conduta no caso de lactentes que apresentam algum sinal de alerta ou baixo ganho de peso.^{1,2}

Se o diagnóstico for sugestivo de doença de refluxo gastroesofágico (DRGE), o que é importante destacar sobre o tratamento medicamentoso?

É fundamental evitar o abuso de prescrição de medicamentos para os lactentes que simplesmente vomitam.⁹ Apenas em casos de real necessidade, fármacos específicos devem ser administrados, porém gradativamente.⁹

Os efeitos adversos observados em drogas procinéticas comercializadas são mais evidentes que os benefícios a elas associados. Desta forma, não existem evidências que justifiquem o emprego rotineiro de metoclopramida, eritromicina, betanecol, bromoprida ou domperidona para a DRGE.^{1,2}

Vale ressaltar ainda que, diversas publicações placebo controladas com inibidores de bomba de prótons em lactentes com choro excessivo e sintomas de DRGE não demonstraram benefício com o uso deste medicamento, além de proporcionarem maior incidência de eventos adversos.¹⁰⁻¹²

O tratamento da DRGE objetiva a melhora da qualidade de vida do lactente/ criança, promoção e/ou manutenção de adequado ganho de peso e prevenção/ melhora das complicações clínicas associadas à DRGE.

É imprescindível que o acompanhamento desses pacientes seja metuculoso – consultas com retornos frequentes para que se possa avaliar a evolução clínica após a introdução de cada medida terapêutica. No caso do resultado ser benéfico, devemos programar o tempo de uso daquela terapêutica e quando a mesma deverá ser suspensa. Em contraposição, caso a terapêutica não seja benéfica, esta deverá ser interrompida e o médico deverá rever seu diagnóstico. As orientações médicas devem acompanhar a evolução clínica e individual de cada paciente.