

## **Realimentação Precoce com Fórmulas Adaptadas e de Transição em Concentrações Normais nas Gastroenterites Agudas do Lactente**

**III Reunião da Secção de Gastroenterologia e Nutrição da Sociedade Portuguesa de Pediatria  
Hospital de S. João – Porto – Janeiro de 1989**

CARLOS RODRIGUES, HELENA ISABEL ALMEIDA, ANA ISABEL LOPES

*Unidade de Gastroenterologia e Nutrição Pediátrica  
Hospital de Santa Maria / Universidade de Lisboa*

### **Early Re-Introduction of Feedings with Normally Concentrated Adapted and Transition Formulae in Infant Acute Gastroenteritis**

Alguns autores preconizam um período pelo menos 24 horas de pausa alimentar nas gastroenterites acompanhadas de desidratação. A realimentação para outros deve ser iniciada nos lactentes ou com fórmulas diluídas ou com fórmulas especiais (AL 110, outras) também diluídas mantendo os soros endovenosos no dia ou dias seguintes.

Estas atitudes têm vindo a ser contestadas sobretudo nos países em vias de desenvolvimento devido ao preço destas terapêuticas e sabendo-se que em populações com carências nutricionais as gastroenterites agudas são acompanhadas dum agravamento do estado nutricional com repercussão sobre o desenvolvimento estaturoponderal.

O objectivo deste estudo foi comparar duas atitudes diferentes: a 1.<sup>a</sup> consistiu em manter os soros endovenosos para além do período de reidratação e iniciar a alimentação com fórmula sem dissacáridos (AL 110) diluída e em pouca quantidade.

A 2.<sup>a</sup> consistiu em suspender os soros endovenosos logo após o período de reidratação (menos de 24h) iniciando a alimentação com o leite habitual do lactente em concentração normal (cerca de 15%).

Os dois grupos de lactentes internados no nosso Serviço por gastroenterite aguda acompanhada de desidratação superior a 5% do peso em que não foi considerado sem risco o envio para os seus domicílios.

Os dois grupos são semelhantes em idades, sexo, estrato social, tempo de doença, sintomas e características da diarreia, etiologia da diarreia e estado nutricional.

São diferentes nos tipos de desidratação encontrados: no 1.<sup>o</sup> grupo havia uma predominância de desidratação hipernatrémica (62%); no 2.<sup>o</sup> grupo uma predominância de desidratação isonatrémica (78%).

Apesar desta diferença parece-nos serem os dois grupos comparáveis e assim fomos analisar os resultados das suas atitudes diferentes em relação aos soros e realimentação após o período inicial de reidratação observando o tempo que demorou a aparecer a 1.<sup>a</sup> dejectação pastosa e a necessidade de voltar a reidratar endovenosamente o lactente.

O 1.<sup>o</sup> grupo é constituído por 13 lactentes com idade média de 5,8 meses em que o período de administração de soros endovenosos foi na maioria superior a 24 horas (média 40 horas) e o início da alimentação foi em 61% após as primeiras 24 horas de soros endovenosos exclusivos e 38% iniciaram entre as 12 e 24 horas.

A alimentação foi sempre iniciada com leite sem lactose (AL 110) à concentração de 10% em total de líquido de cerca de metade da totalidade de líquido administrado.

O 2.<sup>o</sup> grupo é constituído por 32 lactentes com idade média de 5,2 meses em que o período de administração de soro endovenoso foi sempre inferior a 24 horas (média de 20) em que a alimentação foi iniciada na grande maioria (72%) entre 12 a 24 horas de reidratação endovenosa com leite adaptado ou de transição à concentração de 15%.

Resultados: Nos dois grupos o aparecimento da 1.<sup>a</sup> dejecção pastosa foi semelhante: média 3,6 dias para o 1.<sup>o</sup> grupo e 3,4 dias para o 2.<sup>o</sup> grupo. Numa criança em cada grupo foi necessário voltar a reidratar com soros intravenosos.

Concluimos do nosso estudo não haver necessidade de fazer reidratação prolongada (para além de 24 horas de soro endovenoso) e que o início da alimentação com leites sem lactose (AL 110) diluído não é necessário para o controle da diarreia nestes doentes obtendo-se os mesmos resultados com fórmulas adaptadas ou de transição à concentração normal.

## **EM RESPOSTA**

Em resposta à V. carta ... (carta ao Director sobre o meu trabalho «Realimentação na Diarreia...») informo que não vejo necessidade de responder, dado que o Dr. Carlos Rodrigues concorda com a minha posição.

*H. Carmona da Mota*

## Intervenção de Kasai

Ao Director da Acta Pediátrica Portuguesa

No Reino Unido, a intervenção de Kasai (portoenterostomia) está concentrada em 3 centros apenas \*, para permitir uma maior experiência e a conseqüente eficácia. Demorou 15 anos, mas conseguiram.

Portugal não deveria adoptar uma estratégia semelhante?

\* Kelly D. The United Kindom restricts surgery for billiary atresia. JPGN 1999; 29: 529.

Coimbra, 4 de Janeiro de 2000

*H. Carmona da Mota*