

Realimentação na Diarreia Aguda dos Lactentes – Uma Análise da Literatura

H. CARMONA DA MOTA

Hospital Pediátrico – Faculdade de Medicina
Coimbra

Resumo

É consensual que o jejum prolongado em crianças com diarreia aguda é prejudicial; estas devem iniciar a realimentação logo após a reidratação. A análise da literatura mostrou que nenhum trabalho provou a eficácia da estratégia de iniciar a realimentação com um regime diluído para atingir progressivamente a concentração normal. No entanto nenhum trabalho analisou especificamente as situações de maior risco – pequenos lactentes malnutridos ou com formas severas de diarreia – e só um utilizou os curtos períodos de reidratação actualmente recomendados. Considerando que, em dois trabalhos se verificou que os sinais de intolerância foram menos frequentes nas crianças realimentadas com formulas diluídas e que a intolerância à lactose depende da quantidade oferecida, sugere-se que, nos pequenos lactentes malnutridos ou com desidratação mais grave e não amamentados, se inicie a realimentação com uma maior diluição dos biberons; a progressiva normalização da reconstituição da fórmula não deverá prolongar-se por mais de 24h, a menos que surjam sinais de intolerância.

Palavras-Chave: Diarreia, Realimentação, Malnutrição, Intolerância à lactose.

Summary

Refeeding in Infants with Acute Diarrhea

Prolonged starvation of children with acute diarrhea is harmful; these children should be fed soon after being rehydrated. Analysis of the literature fails to demonstrate the efficacy of «regrading» feeds. However, no paper specifically analysed high risk situations – small malnourished infants or those with severe diarrhea – and only in one paper the present recommended short periods of rehydration was used. Considering that in two papers signs of intolerance was less frequently observed in children refeed

with diluted formula and that lactose intolerance depends on the quantity of lactose offered, it is suggested that in these bottlefed cases, refeeding ought to be commenced with a diluted formula; progressive normalisation of the concentration of these formulae should not take longer than 24 hours, unless signs of intolerance occur.

Key-Words: Diarrhea, regrading, feeding, malnutrition, lactose intolerance.

O primeiro objectivo do tratamento duma criança com diarreia aguda é a reidratação; o segundo é a realimentação quando, como é frequente, o regime habitual foi interrompido – espontaneamente (por anorexia ou vômitos), por iniciativa da família ou a conselho médico.

Há actualmente acordo entre os peritos: – Crianças com diarreia sem desidratação devem manter o regime alimentar normal; as outras devem reiniciá-lo logo que se reidratem ⁽¹⁾; a ESPGAN aconselha «**rapid** reintroduction of normal feeding»... depois da reidratação ⁽²⁾. No entanto, nenhum destes pareceres se refere a crianças de risco de intolerância alimentar pós-gastroenterite: – «...severe dehydration, previous treatment failures, or underlying severe malnutrition» ⁽²⁾ ou, como J. Salazar de Sousa o identificou, há 16 anos ⁽³⁾ «the young or malnourished infant who has severe diarrhea».

A realimentação após diarreia de crianças bem nutridas, de mais de 12 meses, não constitui problema – um período de insuficiência energénica, não demasiado prolongado (<24h), não terá grande risco. O regime aconselhado deve ter em conta os 95% dos casos em que tudo irá correr bem (independentemente do regime) mas, sobretudo ou especificamente, os 5% de maior risco de insucesso. Se se ignora este grupo, arriscamo-nos a tratar bem os que não precisam e não tratar adequadamente os que mais precisam de apoio.

Uma meta-análise ⁽⁴⁾ de ensaios clínicos aleatórios concluiu que na «... vast majority of young children with acute diarrhea... **routine dilution of milk... are not**

Correspondência: H. Carmona da Mota
Hospital Pediátrico
e.mail:hcmota@ci.uc.pt
3000 Coimbra

Aceite para publicação em 08/02/98.

necessary». Mas verificaram que as crianças que não diluíam o leite tinham um maior risco de insucessos (16% vs 12%, $P=0.05$), o que se não verificou nos ensaios realizados depois de 1985 com crianças **moderadamente** desidratadas (14% vs 12%). No entanto, nos ensaios que estudavam crianças **mais desidratadas**, a taxa de insucessos nas realimentadas com leite inicialmente diluído (9%; 95% CI = 6%, 13%) era significativamente inferior à dos outros (20%; 95% CI = 15%, 25%; $p=0.003$).

Murphy MS ⁽⁵⁾ concluiu que «Many studies have now indicated that there is no advantage... of... **gradually increasing the feed concentration** during the recovery phase after gastroenteritis», baseando-se numa análise de 6 trabalhos publicados. Acontece que as conclusões de um dos trabalhos contraria esta recomendação ⁽⁶⁾; outro trabalho comparou um grupo realimentado com outro que jejuou ⁽⁷⁾ e um terceiro comparou realimentação com e sem leite de vaca ⁽⁸⁾, pelo que os seus resultados não são utilizáveis.

Nos restantes trabalhos, todas as crianças haviam sido submetidos a um longo (1 a 2.8 dias) período de jejum ⁽⁹⁻¹¹⁾, que hoje seria inadmissível.

Uma revisão da literatura pertinente é indispensável para fundamentar conselhos, que hão-de ter em conta os grupos de risco – lactentes malnutridos. A realimentação pós gastroenterite de lactentes de menos de 6 meses foi estudada por Chew ⁽¹²⁾ e Fox ⁽¹³⁾. Touhami ⁽¹⁴⁾ e Armitstead ⁽¹⁵⁾ estudaram lactentes de menos de 9M e Conway ⁽¹⁶⁾, lactentes de idade média de 5M. Gazala ⁽¹⁷⁾ comparou a realimentação precoce (4h) com a tardia (24h) em lactentes. Só Fox ⁽¹³⁾ não afirma que a escolha das testemunhas tenha sido aleatória.

Lactentes brasileiros e guatemaltecos, de menos de 6M, alguns malnutridos (peso: $Z=-1.1$) mas nenhum marasmático, foram realimentados com fórmula imediata ou progressivamente concentrada (1/2 no primeiro dia; 2/3 no segundo), após 4-6h de reidratação oral (moderada desidratação em 1/3), por diarreia aguda (<5 dias).

Os resultados (débito fecal, duração da diarreia, taxa de insucessos – 9% – e aumento de peso) não foram diferentes. A diferença do aumento de peso não atingiu significado estatístico no momento da alta (5.º dia) – 0.8% no primeiro contra 0.3% no segundo. Açúcares redutores nas fezes foi um achado muito frequente nos dois grupos, embora significativamente mais frequente nos insucessos (87%) que nos êxitos (61%) ⁽¹²⁾.

Dois grupos de lactentes de menos de 6M (**provavelmente bem nutridos**) foram realimentados com fórmula imediata ou progressivamente concentrada (1/4 nas primeiras 12h, 1/2 nas 12h seguintes), após um **período de reidratação de 12h**. Em 42% houve recidiva da diarreia após realimentação mas os resultados (recorrência

por intolerância à lactose, duração da hospitalização e aumento de peso) não foram diferentes nos dois grupos ⁽¹³⁾.

Lactentes de menos de 9M, **bem nutridos**, foram realimentados com fórmula imediata ou progressivamente concentrada (1/4 nas primeiras 12h, 1/2 nas 12h seguintes), após um **período de reidratação inferior a 24h**, por diarreia aguda moderada. Os resultados (débito fecal e duração da diarreia) não foram diferentes nos dois grupos ⁽¹⁴⁾.

Lactentes de menos de 9M, **bem nutridos**, com gastroenterite aguda (< 7 dias), 10% com sinais de desidratação, foram realimentados com fórmula imediata ou progressivamente concentrada (1/2; 3/4...), após um **período de reidratação de 12h**. Não encontraram diferenças entre os grupos, **excepto** melhor aumento de peso **no primeiro grupo**. 17% recaídas, sem distinção dos grupos mas **nenhum com açúcares** nas fezes ⁽¹⁵⁾.

Duzentos lactentes (idade média de 5M) aleitados artificialmente (**e provavelmente bem nutridos**) que haviam sido hospitalizados por gastroenterite aguda (20% com sinais de desidratação), foram realimentados com fórmula imediata ou progressivamente concentrada. Verificou-se uma perda de peso inicial no grupo «progressivo» (24h de jejum; diluição a 50% no segundo dia). Os resultados (duração da diarreia após a hospitalização e duração desta) não foram diferentes nos dois grupos. Com 24 horas de jejum houve dois insucessos em 50 doentes contra 16 em 150 ($p=0.2$) ⁽¹⁶⁾.

Compararam o efeito de uma realimentação precoce (**6h**) com a tardia (24h), após reidratação oral em ambulatório de 90 lactentes com desidratação moderada por diarreia aguda. Não encontraram diferenças (peso, estado de hidratação, frequência de dejeções e necessidade de hospitalização) entre os dois grupos ⁽¹⁷⁾.

Discussão

Dos trabalhos analisados, pode concluir-se que não há necessidade de diluir a fórmula na realimentação de pequenos lactentes **bem nutridos** que manifestem diarreia aguda. Em dois destes trabalhos verificou-se que o grupo realimentado com leite diluído tinha um pior aumento de peso ⁽¹⁵⁾ ou uma maior perda de peso inicial ⁽¹⁶⁾.

Só o trabalho de Chew et al ⁽¹²⁾ estudou pequenos lactentes com malnutrição moderada ou ligeira; também aqui não se notou vantagem na diluição do leite, tendo-se verificado igualmente um aumento de peso inferior no grupo realimentado com leite diluído, diferença que não atingiu significado estatístico. De notar que, em todos estes trabalhos, a fórmula inicial foi severamente

diluída (1/4 a 1/2) e a diluição foi mantida durante muito tempo (>24h).

Quase todos (87%) os insucessos da série de Chew et al.⁽¹²⁾ tinham malabsorção da lactose que também era frequente (61%) nos êxitos; este facto pode justificar a atitude tradicional dos médicos portugueses, aconselhando iniciar a realimentação com a fórmula habitual mais diluída.

É consensual que há que iniciar a realimentação dum lactente com gastroenterite após um período breve (3-4h) de reidratação⁽²⁾. Nos lactentes amamentados deve manter-se a amamentação, como habitualmente. Nos lactentes bem nutridos, a reconstituição das fórmulas poderá ser a habitual. Nos pequenos lactentes malnutridos ou com desidratação mais grave, há que ser mais cuidadoso⁽¹⁸⁾; parece prudente aconselhar uma maior diluição dos primeiros biberons. A progressiva normalização da reconstituição da fórmula não deverá prolongar-se por mais de 24h, a menos que surjam sinais de intolerância. Estes foram menos frequentes nas crianças realimentadas com fórmulas diluídas^(4, 9).

Ao iniciar a realimentação, a diarreia pode agravar-se por intolerância à lactose, isolada ou secundária a intolerância a proteínas do leite de vaca. Como a intolerância à lactose depende da quantidade, uma menor oferta poderá atenuar as manifestações iniciais.

Sugere-se um trabalho que estude o resultado da realimentação neste grupo de risco.

Bibliografia

1. Provisional Committee on quality improvement. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on acute gastroenteritis. Practice parameter: the management of acute gastroenteritis in young children. *Pediatrics* 1997; 97: 424-36.
2. Walker-Smith JA, Sandhu BK, Isolauri E, Banchini G, van Caillie-Bertrand M, Dias JA et al. Recommendations for feeding in childhood gastroenteritis. Medical position paper. *JPGN* 1997; 24: 619-20.
3. Salazar de Sousa J. Refeeding after acute diarrhoea (letter). *Arch Dis Child* 1982; 57: 641.
4. Brown KH, Peerson JM, Fontaine O. Use of nonhuman milks in the dietary management of young children with acute diarrhea: a meta-analysis of clinical trials. *Pediatrics* 1994; 93: 17-27.
5. Murphy MS. Guidelines for managing acute gastroenteritis based on a systematic review of published research. *Arch Dis Child* 1997; 79: 279-84.
6. Placzek M, Walker-Smith JA. Comparison of two feeding regimens following acute gastroenteritis in infancy. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1984; 3: 245-8.
7. Hoghton MA, Mittal NK, Sandhu BK, Mahdi G. Effects of immediate modified feeding on infantile gastroenteritis. *Br J Gen Pract* 1996; 46: 173-5.
8. Isolauri E, Vesikari T, Viander M. Milk versus no milk in rapid refeeding after acute gastroenteritis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1986; 5: 254-61.
9. Rees L, Brook CG. Gradual reintroduction of full-strength milk after acute gastroenteritis in children. *Lancet* 1979; 8119: 770-1.
10. Dugdale A, Lovell S, Gibbs V, Ball D. Refeeding after acute gastroenteritis: a controlled study. *Arch Dis Child* 1982; 57: 17-27.
11. Isolauri E, Vesikari T. Oral rehydration, rapid feeding, and cholestyramine for treatment of acute diarrhea. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1985; 4: 366-74.
12. Chew F, Penna FJ, Peret Filho LA, Quan C, Lopes MC, Mota JA, Fontaine O. Is dilution of cow's milk formula necessary for dietary management of acute diarrhoea in infants aged less than 6 months. *Lancet* 1993; 8839: 194-7.
13. Fox R, Leen CL, Dunbar EM, Ellis ME, Mandal BK. Acute gastroenteritis in infants under 6 months old. *Arch Dis Child* 1990; 65: 936-8.
14. Touhami M, Boudraa G, Adlaoui M, Telidji Z, Soltana R, Mary JY, Desjeux JF. [Is the dilution of milk necessary in benign acute diarrhea in eutrophic infants. *Arch Fr Pediatr* 1989; 46: 25-30.
15. Armitstead J, Kelly D, Walker-Smith J. Evaluation of infant feeding in acute gastroenteritis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1989; 8: 240-4.
16. Conway SP, Ireson A. Acute gastroenteritis in well nourished infants: comparison of four feeding regimens. *Arch Dis Child* 1989; 64: 87-91.
17. Gazala E, Weitzman S, Weizman Z, Gross J, Bearman JE, Goro-discher R. Early vs. late refeeding in acute infantile diarrhea. *Isr J Med Sci* 1988; 24: 175-9.
18. Sullivan PB. Nutritional management of acute diarrhea. *Nutrition* 1998; 14: 758-62.