

FATORES DIETÉTICOS NA PREVENÇÃO DA ANEMIA FERROPRIVA EM LACTENTES

DGB Araujo, MB Araújo, HA Alvarez, PH Meyer, MN Goularte

Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE),
Joinville, SC, Brasil

Objetivos: Analisar, a partir de revisão da literatura, a melhor estratégia dietética para prevenção da anemia ferropriva em lactentes até 2 anos de idade e eleger a melhor dieta dentre as 3 estabelecidas: amamentação como principal fonte de ferro, suplementação de ferro exclusiva ou associação da amamentação com suplementação de ferro. **Materiais e métodos:** Pesquisa qualitativa através de revisão bibliográfica realizada nos sites de busca a partir dos descritores: Anemia ferropriva, Lactentes, Suplementos nutricionais e Amamentação. **Resultados:** Após ampla revisão constatamos que o aleitamento materno, em casos de mães sem anemia ferropriva, fornece níveis suficientes de ferro para o bebê nos primeiros 4 a 6 meses de vida, sendo recomendado de forma exclusiva durante este período. Após o 4°–6° mês de vida do lactente, há a possibilidade de introdução de uma alimentação sólida rica em ferro ou de suplementos férricos para a prevenção da anemia ferropriva, devido a necessidade de uma quantidade de 4 mg/dia de ferro, o dobro da ofertada pela amamentação materna exclusiva, com redução da disponibilidade de ferro no leite materno e aumento da demanda deste nutriente pelo lactente. Lactentes com aleitamento materno exclusivo apresentam maiores riscos de desenvolver anemia ferropriva após o 6° mês de vida em relação aos lactentes alimentados seja apenas por alimentos ricos em ferro/suplementos férricos ou uma alternância entre aleitamento materno e suplementação férrica por meio de fórmulas infantis ou alimentos ricos neste nutriente. A suplementação férrica pode provocar diarreias e vômitos, sendo motivo para o abandono do tratamento, além de haver a possibilidade do esquecimento da aplicação da dose diária do suplemento. A suplementação exclusiva de ferro restringe o acesso direto a alimentos ricos em cálcio, haja vista que estes dificultam a absorção do mineral. A suplementação de ferro pode ser recomendada no período de transição para a introdução dos primeiros alimentos ao lactente pois muitos destes são pobres em ferro. A estratégia alimentar de continuação do aleitamento materno concomitante a suplementação férrica, assegura os benefícios da amamentação, a qual é recomendada até o 24 mês de vida do lactente, assegurando os níveis necessários para o desenvolvimento do lactente. **Discussão:** O aleitamento materno é amplamente indicado para os lactentes até os 6 meses de idade de forma exclusiva e de forma complementar até o 24° mês, devido às inúmeras vantagens nutricionais e fisiológicos proporcionados pelo leite materno, como benefícios na diminuição da mortalidade e morbidade, aumento do nível de inteligência e fator protetor contra o sobrepeso/desenvolvimento da diabetes mellitus na fase adulta. Apesar da suplementação de ferro ser indicada a partir do 4° ao 6° mês de vida ou uma dieta com alimentos reforçados em ferro, quando realizada de forma exclusiva, a suplementação férrica não será capaz de replicar os efeitos positivos da amamentação, embora continue mantendo os

níveis de micronutrientes/macronutrientes necessários para o seu desenvolvimento. **Conclusões:** Concluimos que a melhor estratégia dietética para prevenção de anemia ferropriva em lactentes até 2 anos de vida é iniciar alimentação de sólidos para suprir a necessidade de ferro requerida pelo organismo após 6 meses que é de 4 mg por dia, associada ao aleitamento materno, prevenindo o risco do abandono da suplementação do mineral devido aos efeitos adversos gastrointestinais.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.578>

TROMBOCITOPENIA IMUNE CRÔNICA NA INFÂNCIA: UM DESAFIO TERAPEÚTICO

BLR Santos^a, FGDS Andrade^b, GLD Santos^c

^a Centro Infantil Boldrini, Campinas, SP, Brasil

^b Faculdade UNINASSAU, Petrolina, PE, Brasil

^c Universidade Federal de Campina Grande (UFCG),
Campina Grande, PB, Brasil

Objetivos: A trombocitopenia imune, antiga PTI – Púrpura Trombocitopênica Idiopática, é um diagnóstico de exclusão com plaquetopenia e sangramento mucoso ou cutâneo, sem outros estigmas ou alterações no hemograma. Atualmente, o conceito de trombocitopenia mudou para plaquetas menor que 100.000/mm³. Sua patogênese relaciona-se com autoanticorpos produzidos contra antígenos de superfície plaquetária, glicoproteína IIb/IIIa, por exemplo, diminuindo a vida-média das plaquetas, aumentando sua fagocitose por macrófagos e desacelerando sua produção pelos megacariócitos. A trombocitopenia imune é classificada em recentemente diagnosticada, persistente ou crônica, caracterizadas por evolução menor de três meses, entre três meses e um ano, e maior que um ano, respectivamente. Até 75% dos casos remite com ou sem terapia em até 6 meses, porém até 50% podem recorrer. Dos recentemente diagnosticados, até 3% tem sangramentos graves e menos de 1% tem sangramentos cerebrais. **Materiais e métodos:** Foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa com os descritores *Immune thrombocytopenia* e *child* no *Pubmed*, nas recomendações da Academia Americana de Hematologia, ASH 2019 e atualizações do *UpToDate*. Foram selecionados 9 artigos entre o ano de 2012 a 2022. **Resultados:** Apenas 10% a 20% das crianças crônicas e, destes, uma pequena fração tem sangramentos ameaçadores. Nos pacientes crônicos geralmente já foi tentada as terapias de primeira linha como prednisona, pulsoterapia com metiprednisolona, imunoglobulina intravenosa, imunoglobulina anti-D para os pacientes Rh positivo, sem sucesso ou com resposta parcial porém não mantida, sendo necessário uma segunda linha após 6 meses do diagnóstico. **Discussão:** Pacientes mais velhos com início insidioso, sem plaquetopenia grave no diagnóstico, sem sangramento mucoso ou ainda com ausência de história de infecção ou vacinação no diagnóstico parecem evoluir mais para a forma crônica. A segunda-linha terapêutica é constituída por rituximabe, romiplostim, eltrombopague e esplenectomia. O rituximabe é um anticorpo quimérico anti-CD20 que atuará os linfócitos B, impedindo a produção dos anticorpos contra plaquetas. O eltrombopague e romiplostim