

Diferentes medidas posturais no manejo da doença do refluxo gastroesofágico: uma síntese de evidências

Different postural measures in the management of gastroesophageal reflux disease: a synthesis of evidence

Luciano Rodrigues Costa¹, Clarisse Pereira Dias Drumond Fortes¹, Débora Vieira Diniz Camargos¹, Hiram Silva Nascimento de Oliveira¹, João Victor Corrêa Reis¹, Caio Barroso Rosa¹, Marcelle Godinho Fonseca¹, Rafaela Leon Celivi¹

¹Centro Universitário de Volta Redonda, Medicina - Volta Redonda-RJ, Brasil.

Palavras-chave:

Terapêutica. Refluxo Gastroesofágico. Lactente.

Keywords:

Infant. Gastroesophageal reflux. Therapeutics.

Resumo

Introdução: A doença do refluxo gastroesofágico é considerada patológica em lactentes e crianças quando as manifestações clínicas ou sintomas são perturbadores em relação a frequência ou persistência do refluxo, produzindo sintomas importante e complicações. A abordagem inicial indicada em casos de doença do refluxo gastroesofágico é baseada em medidas comportamentais. **Objetivo:** Estudar as medidas posturais indicadas como tratamento da doença de refluxo gastroesofágico. **Método:** Revisão da literatura com pesquisa efetuada a partir da ferramenta *Publish or Perish*, selecionando apenas os artigos que cumpriram os critérios de inclusão escolhidos. **Conclusão:** A partir das descrições encontradas na literatura revisada, a posição supina é a recomendação durante o sono, pois apesar de não apresentar melhora dos sintomas, não tem relação com aspiração. Outras posições, mesmo com a melhora dos sintomas, são relacionadas a síndrome de morte súbita do lactente.

Abstract

Introduction: Gastroesophageal reflux disease is considered pathological in infants and children when the clinical manifestations or symptoms are disturbing concerning the frequency or persistence of reflux, producing important symptoms and complications. The initial approach indicated in cases of gastroesophageal reflux disease is based on behavioral measures. **Objective:** To study the postural measures indicated to treat gastroesophageal reflux disease. **Method:** Literature review with research carried out using the *Publish or Perish* tool, selecting only articles that met the chosen inclusion criteria. **Conclusion:** From the descriptions found in the reviewed literature, the supine position is the recommendation during sleep, because although it does not improve symptoms, it is not related to aspiration. Other positions, even with the improvement of symptoms, are related to sudden infant death syndrome.

INTRODUÇÃO

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é o distúrbio esofágico mais comum em crianças de todas as idades. Refluxo gastroesofágico (RGE) significa o movimento retrógrado do conteúdo gástrico através do esfíncter esofágico inferior (EEI) para o interior do esôfago, que ocorre fisiologicamente todos os dias em lactentes, crianças mais velhas e adultos. O fenômeno se torna DRGE em lactentes e crianças que manifestam ou relatam sintomas perturbadores em virtude da frequência ou persistência do RGE, produzindo sintomas relacionados à esofagite ou a quadros extraesofágicos, como sintomas respiratórios ou efeitos nutricionais.¹

A fisiopatologia da DRGE é multifatorial. Qualquer fator que prejudique ou desequilibre a competência dos mecanismos fisiológicos antirrefluxo e favoreçam o relaxamento transitório do esfíncter esofágico inferior podem contribuir para a ocorrência da doença. Podemos citar a depuração insuficiente e tamponamento do ácido pela salivação, esvaziamento gástrico retardado, anormalidades na cicatrização epitelial do esôfago, diminuição dos reflexos neurais de proteção do trato digestivo e sistema respiratório, distensão gástrica ou acomodação inadequada do fundo gástrico também aumentam a ocorrência da patologia. O sono, pela redução de salivação, do tônus do EEI e deglutição, bem como a postura deitada nas crianças pequenas podem ser fatores agravantes.²

A prevalência da DRGE na faixa etária pediátrica não está bem determinada. Vale ressaltar que a frequência de refluxo fisiológico do lactente é muito maior que a da DRGE. Foram descritos alguns grupos de risco para o desenvolvimento da DRGE e suas complicações: 1) doenças neurológicas, 2) prematuridade, 3) obesidade, 4) fibrose cística ou displasia broncopulmonar, 5) antecedente familiar de DRGE e 6) malformações congênitas do trato gastrointestinal alto (hérnia hiatal, hérnia diafragmática, atresia esofágica, fístula traqueoesofágica).³

As apresentações clínicas variam com a idade da criança. A regurgitação é o sintoma mais frequente e está presente em quase todos os casos. Embora o refluxo gastroesofágico esteja frequentemente presente ao nascimento, a regurgitação pode não ser pronunciada até a 2ª ou a 3ª semana de vida, quando a ingestão oral aumenta com um pico aos quatro meses de idade. A regurgitação geralmente é facilitada e piora após a alimentação, quando o bebê está em posição reclinada

ou a pressão é aplicada ao abdome. Bebês com refluxo gastroesofágico que se alimentam e desenvolvem bem, sem apresentação de outros sintomas, além da regurgitação, são descritos como “golfadores felizes”. Além da regurgitação, bebês e crianças pequenas com doença do refluxo gastroesofágico podem apresentar irritabilidade, choro excessivo, falta de apetite, recusa na alimentação, engasgos, perda de peso ou parada do crescimento, distúrbios do sono, tosse crônica, sibilância, estridor, opistótono e torcicolo.

A síndrome de Sandifer, caracterizada por distonia torcional espasmódica com arqueamento das costas, torção do pescoço e elevação do queixo, é altamente específica da doença do refluxo gastroesofágico, pois o arqueamento das costas e a postura opistotônica rígida proporcionam alívio do desconforto causado pelo refluxo. Crianças e adolescentes mais velhos com doença do refluxo gastroesofágico podem apresentar regurgitação crônica, náusea, disfagia, azia, dor retroesternal ou epigástrica, tosse crônica, rouquidão, halitose e erosões dentárias.¹

O diagnóstico diferencial com outras doenças pediátricas que cursam com sintomas de vômitos deve ser sempre ponderado, levando em consideração a faixa etária. O diagnóstico diferencial entre regurgitação do lactente e DRGE muitas vezes não é fácil, sobretudo no lactente com choro intenso, associado a irritabilidade ou sono intranquilo. Nessas situações, quando ainda há boa aceitação alimentar e ganho ponderal adequado, o diagnóstico pende para o RGE fisiológico. O acompanhamento da evolução após as orientações é essencial para determinar a regressão ou persistência dos sintomas.⁴

O tratamento da DRGE é dividido em medidas farmacológicas e não farmacológicas. Os objetivos principais da terapia da DRGE são aliviar os sintomas do paciente, promover crescimento e ganho de peso normal, evitar / curar a esofagite e prevenir possíveis complicações. O tratamento da DRGE deve ser instituído de maneira progressiva, passo a passo, iniciando-se com medidas gerais e alterações nos hábitos de vida, passando por terapias medicamentosas e terminando em técnicas endoscópicas ou cirúrgicas, mais invasivas.⁵

Os familiares devem ser envolvidos no tratamento, através de orientações e esclarecimentos sobre as complicações durante o tratamento da criança. Muitos acidentes podem ser evitados e complicações podem ser reduzidas ou sanadas a partir de uma boa orientação. Dentre essas informações, destacam-se as medidas posturais e cuidados no manuseio da criança com DRGE.⁵

As medidas de tratamento não farmacológicas também incluem medidas dietéticas e evitar exposição ao fumo. Em relação à alimentação, recomenda-se o uso de fórmulas preparadas com espessantes naturais, como os carboidratos do arroz, batata ou milho.⁶ O tratamento farmacológico consiste basicamente no emprego dos IBPs, e fica reservado aos casos de sintomas mais exacerbados de DRGE que não respondem ao tratamento comportamental.

O manejo da criança com DRGE e/ou com RGE é basicamente pautado em mudanças comportamentais. Diante disso, notou-se a necessidade de abordar as orientações posturais nesses casos, a fim de capacitar o profissional da saúde a prescrever essas medidas. Logo, este artigo tem por objetivo estudar as medidas posturais indicadas como tratamento do DRGE.

MÉTODO

Este estudo consistiu numa pesquisa exploratória, baseada no método de revisão da literatura com síntese de evidências, sem metanálise. Foi realizada uma busca de trabalhos na ferramenta de busca “Publish or Perish” que seleciona artigos a partir das bases de dados Cochrane Library, PubMed e SciELO, em junho de 2020. A pesquisa foi realizada a partir das palavras-chave: “Medidas posturais em DRGE”, “Doença do Refluxo Gastroesofágico”, “Tratamento”.

Foram definidos como critérios de inclusão: artigos publicados a partir de 2007, escritos em língua inglesa ou portuguesa e que abordassem o manejo comportamental do DRGE, envolvendo posturas para dormir e para amamentar. Os critérios de exclusão foram artigos que não abordassem o manejo postural da doença do refluxo gastroesofágico; escritos antes de 2007 e aqueles que não foram escritos em português ou inglês.

RESULTADOS

A procura por artigos e sua posterior leitura foi finalizada no dia 9 de junho 2020. Foram identificados, inicialmente, 33 trabalhos, dos quais 11 não abordavam o tema proposto de forma a satisfazer os objetivos da busca, e sete foram publicados antes de 2007, logo foram excluídos da análise. Sendo assim, 15 estudos foram efetivamente revisados.

REVISÃO DA LITERATURA

O tratamento da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) visa adequado crescimento e ganho de peso, alívio dos sintomas, cicatrização das lesões teciduais, além da prevenção de complicações e da refratariedade do quadro clínico. Pode ser de forma conservadora, ou seja, não medicamentosa, com orientações dietéticas e posturais, ou medicamentosa; além disso, pode ser cirúrgico, em casos mais graves e refratários ao tratamento clínico.⁷

Dentre o tratamento conservador e a modificação do estilo vida, que são os pilares da terapia da DRGE, a educação e tranquilização dos pais são fundamentais. Exemplificando as medidas dietéticas, a correção das técnicas de alimentação, volumes e frequências anormais, bem como espessamento dos alimentos contribuem para o aumento da percentagem de lactentes sem regurgitação. Consequentemente, há ganho de peso do lactente pela diminuição das regurgitações e dos vômitos.⁷

É possível melhorar os sintomas em 24-59% dos lactentes com DRGE com medidas como, volumes alimentares modificados, fórmulas infantis hidrolisadas, posicionamento apropriado e evitar a exposição ao fumo. Em relação às medidas de posicionamento, alguns pontos são destacados, o que gerou estudos sobre esse tema.³

Sobre o posicionamento durante as mamadas para as crianças com refluxo, é importante ressaltar que as melhores posições são aquelas em que a cabeça da criança não está no mesmo nível horizontal que sua pelve. A posição em que a criança se deita apoiada sobre o braço da mãe inclinada com a cabeça mais alta influencia na manutenção do conteúdo gástrico dentro do estômago. Outra opção que diminui o refluxo e pode ser utilizada com crianças que já possuem controle cervical é a posição sentada, em que a criança se senta na perna da mãe, com as costas apoiadas por ela e a cabeça posicionada na altura do seio. Sempre manter o abdômen da criança sem compressão ou dobrado durante a mamada também é favorável para diminuir os episódios de refluxo.⁸

Entre os posicionamentos possíveis para o lactente dormir, a posição prona (abdômen apoiado na cama) apresentou menor número de episódios de refluxo detectado pelo monitoramento com pH esofágico. No entanto, essa posição é contraindicada parcialmente, pois está relacionada ao aumento de

casos da síndrome de morte súbita do lactente (SMS).⁹ Em casos de distúrbios de via aérea, em que o risco de morte por DRGE se torna mais elevado que por SMSL, a posição prona é indicada.⁸

O decúbito lateral também está associado à SMSL e por isso é contraindicado. Entretanto, de acordo com estudo produzido por Loots et al., os episódios de refluxo gastroesofágico se reduziram quando foi adotada a posição de decúbito lateral esquerdo, em bebês com sintomas compatíveis com refluxo gastroesofágico, porém não ocorreu melhora significativa além dos vômitos.¹⁰

Outro estudo identificou a diminuição no número de episódios de refluxo e de relaxamento temporário do esfíncter esofágico inferior nos lactentes em que foi adotada a posição de decúbito lateral esquerdo em relação aos posicionados em decúbito lateral direito.¹¹

Após este estudo, outro trabalho, de Van Wijk et al., concluiu que, quando o bebê é colocado na posição lateral direito na primeira hora pós-prandial, com mudança de posição para a esquerda, isso gera esvaziamento gástrico e redução do refluxo gastroesofágico líquido, tornando-se uma conduta para lactentes com a doença do RGE.¹²

A posição supina (dorso apoiado na cama) é recomendada pela American Academy of Pediatrics (AAP) e pela Sociedade Brasileira de pediatria (SBP).^{9,13} Apesar do maior número de episódios de refluxo, a anatomia das vias aéreas associada aos mecanismos de defesa impede a aspiração.¹⁴

A posição semissupina (a parte superior do corpo está levantada em 45° ou variações) não mostrou variação expressiva em relação ao refluxo esofágico.¹⁵ Em contrapartida, o estudo realizado por Vandenplas et al. sugeriu que a criação de um leito antirrefluxo para amamentar o bebê, ou seja, na posição em decúbito dorsal a 40°, reduz a regurgitação, refluxo ácido e sintomas de refluxo, porém, o autor sugere ensaios maiores.¹⁶ A AAP não recomenda essa posição, pois ela é instável para o lactente, que pode ficar em uma posição que prejudique sua respiração.⁹

No ano de 2018, a North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) e a European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) publicaram um consenso após a análise de diversos artigos. O uso da posição como terapia para a melhoria dos sinais e sintomas de DRGE em crianças ainda é incerto, porém existe uma recomendação forte para o não uso da posição prona ou lateral e a elevação

da cabeça em lactentes. Importante salientar que, apesar de não haver muitos estudos sobre o tema, a terapia posicional teve uma recomendação fraca em crianças maiores.⁷

Na circunstância em que o lactente está acordado e sendo observado, recomenda-se a posição prona; já nos casos de locomoção com o lactente, a posição ereta pode auxiliar na redução do refluxo. Observação importante é no período após a alimentação, ou seja, pós-prandial. Posições como deitado na posição supina ou na semissupina, por exemplo, assentos infantis de carro e carregadores de bebês devem ser evitados, pois são provocativos de RGE. Em crianças mais velhas, algumas evidências demonstram benefícios com a posição de decúbito lateral esquerdo e a elevação da cabeça durante o sono, de forma a levantar a cabeceira da cama e não utilizar muito travesseiros que podem agravar o refluxo.¹⁷

No Quadro 1, é possível identificar as recomendações realizadas pelos autores em seus respectivos estudos, como também a recomendação das *guidelines* da North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) e da European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN), em que foi realizado um compilado de estudos e opiniões de especialistas na área.

CONCLUSÃO

A partir das descrições encontradas na literatura revisada, é possível concluir que a abordagem inicial indicada em casos de DRGE é baseada em medidas comportamentais.

Ao se comparar as diversas possibilidades de posição durante sono, pode-se determinar que a posição supina ou decúbito dorsal, apesar de não apresentar melhora dos sintomas, é a mais recomendada, pois não tem relação com aspiração. Outras posições, como lateralização a esquerda ou elevação da cabeceira, mesmo com a melhora dos sintomas, são relacionadas à síndrome de morte súbita do lactente.

Com relação à posição durante as mamadas para crianças com refluxo, é importante ressaltar que as melhores posições são aquelas em que a cabeça da criança não está no mesmo nível horizontal que sua pelve. Apesar da existência de estudos na área, são necessárias novas pesquisas sobre posições e melhora dos sintomas em lactentes, crianças mais velhas e adolescentes.

Quadro 1. Recomendações separadas por estudos sobre medidas posturais na doença do refluxo gastroesofágico

Autores	Recomendações
Loots et al., 2014	Posição lateral esquerda reduz episódios de refluxo gastroesofágico.
Omari et al., 2004	Na posição lateral esquerda em relação à lateral direita ocorreu diminuição de episódios de refluxo e de relaxamento temporário do esfíncter esofágico inferior.
Van Wijk et al., 2007	Encontraram impacto no refluxo e relaxamento temporário esfíncter esofágico inferior quando alterou a posição de lateral direita para lateral esquerda e vice-versa.
Vandeslas et al., 2010	Sugeriram que a criação de um leito antirrefluxo para amamentar o bebê, ou seja, na posição de decúbito dorsal a 40° reduz a regurgitação, refluxo ácido e sintomas de refluxo, mas os autores propõem a realização de ensaios maiores.
Moon et al., 2016	A posição supina ou decúbito dorsal é a recomendação da Academia Americana de Pediatria, como a posição mais segura para evitar o risco da síndrome de morte do lactente durante o sono.
Rosen et al., 2018	A terapia de posicionamento é incerta se melhora a ocorrência de choro, angústia como sinais e sintomas da doença do refluxo gastroesofágico em bebês, ou seja, o uso do posicionamento no lado esquerdo ou elevação da cabeça.

Fonte: Os autores (2020).

REFERÊNCIAS

1. Leung AK, Hon KL. Gastroesophageal reflux in children: an updated review. *Drugs in context*. 2019;8.
2. Noronha, JB. Efeito de orientações de comportamento materno de sincronia e de terapia manual no número de regurgitações em lactentes saudáveis e na ansiedade materna. Dissertações de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco; 2019.
3. Burns DAR, Júnior DC, Silva LR, Borges WG, Blank D. Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria; Vol. 1. 3 ed. Barueri; 2017. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520455869/>. Acesso em: 24 Apr 2020.
4. Sociedade de Pediatria de São Paulo. Refluxo gastroesofágico: Tratamento. *Boletim da Sociedade de Pediatria de São Paulo*. 2018;6(3):9-10.
5. Parron R., Tiyo R., Arantes VP. Tratamento farmacológico para doença do refluxo gastroesofágico DRGE: uma revisão de literatura. *Revista uningá review*. 2017;29(3).
6. Ayerbe J. I. G. et al. Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease in Infants and Children: from Guidelines to Clinical Practice. *Pediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition*. 2019; 22(2):107-121.
7. Rosen R, Vandenplas Y, Singendonk M, Cabana M, Di Lorenzo C, Gottrand F, 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). *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*. 2018; 66(3):516.
8. Vandenplas Y, Rudolph C D, 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). *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*. 2009;49(4):498-547.
9. Moon RY; Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*. 2011;128(5):1030-1039.
10. Loots C, Kritas S, van Wijk M, McCall L, Peeters L, Lewindon P, et al. Body positioning and medical therapy for infantile gastroesophageal reflux symptoms. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*. 2014;59(2):237-243.
11. Omari TI, Rommel N, Staunton E, Lontis R, Goodchild L, Haslam RR, et al. Paradoxical impact of body positioning on gastroesophageal reflux and gastric emptying in the premature neonate. *The Journal of Pediatrics*. 2004;145(2):194-200.
12. van Wijk MP, Benninga MA, Dent J, Lontis R, Goodchild L, McCall LM, et al. Effect of body position changes on postprandial gastroesophageal reflux and gastric emptying in the healthy premature neonate. *The Journal of Pediatrics*. 2007;151(6):585-590.
13. Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Gastroenterologia. Regurgitação do Lactente (Refluxo Gastroesofágico Fisiológico) e Doença do Refluxo Gastroesofágico em Pediatria; 2017.
14. Tablizo M A, Jacinto P, Parsley D, Chen ML, Ramanathan R, Keens TG. Supine sleeping position does not cause clinical aspiration in neonates in hospital newborn nurseries. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2007;161(5):507-510.
15. Tobin JM, McCloud P, Cameron DJ. Posture and gastro-oesophageal reflux: a case for left lateral positioning. *Archives of disease in childhood*. 1997;76(3):254-258.
16. Vandenplas Y, De Schepper J, Verheyden S, Devreker T, Franckx J, Peelman M, et al. A preliminary report on the efficacy of the Multicare AR-Bed in 3-week-3-month-old infants on regurgitation, associated symptoms and acid reflux. *Archives of disease in childhood*. 2010;95(1):26-30.
17. Mello EDD. Tratamento da doença do refluxo gastrintestinal em crianças. *Uso racional de medicamentos*. Brasília: OPAS/OMS. 2016;1(1):6.