



*Novo cenário das alergias:
Como manejar as
crianças alérgicas?*

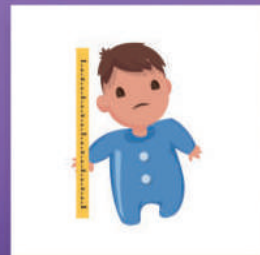
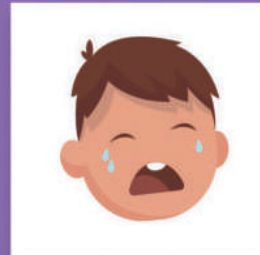
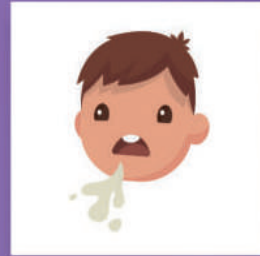
Material destinado exclusivamente a profissionais de saúde.

1. COMO ESTÁ O NOVO CENÁRIO DA ALERGIA?

Denomina-se alergia alimentar toda reação anormal ao componente proteico do alimento e que envolve mecanismo imunológico¹.

A APLV (Alergia à Proteína do Leite de Vaca) é a reação do sistema imunológico especificamente às proteínas do leite e pode ser do tipo:

- IgE-mediada (com a produção de anticorpos específicos do tipo IgE): apresenta sintomas imediatos como urticária e angioedema.
- IgE-não mediada (com a produção de outras células): manifesta-se através de reações mais tardias, como vômitos, diarreia, cólicas, constipação, entre outras.
- Tipo mista: com reações imediatas e tardias, como dermatite atópica, asma e refluxo².



O diagnóstico para confirmar a APLV se baseia na análise dos sintomas através das manifestações clínicas, da dieta de exclusão completa do alérgeno e da programação de teste de provocação com desencadeamento².

A APLV ocorre principalmente no primeiro ano de vida² e a maioria das crianças espontaneamente desenvolve tolerância ainda na infância³.

Entretanto, a tolerância pode se desenvolver em períodos mais tardios^{4,5,6}. Apesar das crianças se curarem entre 14-16 meses, uma parcela de 13% ainda permanece alérgica e geralmente apresenta alergia múltipla⁶. Segundo Savilahti E. M. e Savilahti E. (2013)³, aos 2 anos de idade, 49% das crianças ainda permanecem alérgicas e aos 5 anos de idade 26% das crianças com IgE mediadas ainda continuam alérgicas.



Alguns estudos mostram que o caminho da cura da alergia está mais lento do que antes, além do aumento de prevalência e incidência da alergia^{7,8}. Segundo Host et al. (2002)⁶, até 3% da população de lactentes e crianças em países do ocidente é alérgica.

Em recente inquérito epidemiológico com 9.478 crianças, realizado em consultórios de gastroenterologistas pediátricos das regiões Sul e Sudeste do Brasil, a incidência e a prevalência da suspeita de APLV, calculadas através dos diagnósticos relatados pelos médicos entrevistados, foram, respectivamente, 2.2% e 5.7%⁹.

Nos Estados Unidos, 6 milhões de crianças possuem alergias alimentares, com base em estudo populacional^{7,10}. Uma pesquisa recente mostrou que a prevalência de alergias alimentares na população norte-americana aumentou de 3,4% em 1997-1999 para 5,1% em 2009-2011¹¹, evidenciando o novo universo das alergias, que estão mais prevalentes, persistentes e possivelmente mais graves.



AUMENTO DE PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DA ALERGIA^{7,8}

2. COMO DEVE SER A TERAPIA NUTRICIONAL DA CRIANÇA ALÉRGICA?

O diagnóstico para confirmar a alergia deve ser preciso, visto que a exclusão do leite de vaca da dieta do paciente é o único meio de tratamento. Portanto, a avaliação criteriosa dos resultados é extremamente importante para que as alergias não sejam sub ou superdiagnosticadas, o que pode repercutir em prejuízos nutricionais desnecessários¹².

Após um diagnóstico fidedigno, a dieta de exclusão é iniciada com a eliminação completa do leite de vaca e seus derivados da dieta¹⁷. Durante a dieta de exclusão, preconiza-se a continuidade do aleitamento materno com retirada das proteínas do leite de vaca da dieta materna. Uma suplementação de cálcio deve ser adicionada à dieta da mãe, a fim de suprir as necessidades desse mineral pela ausência do leite e derivados.^{2,4,13}

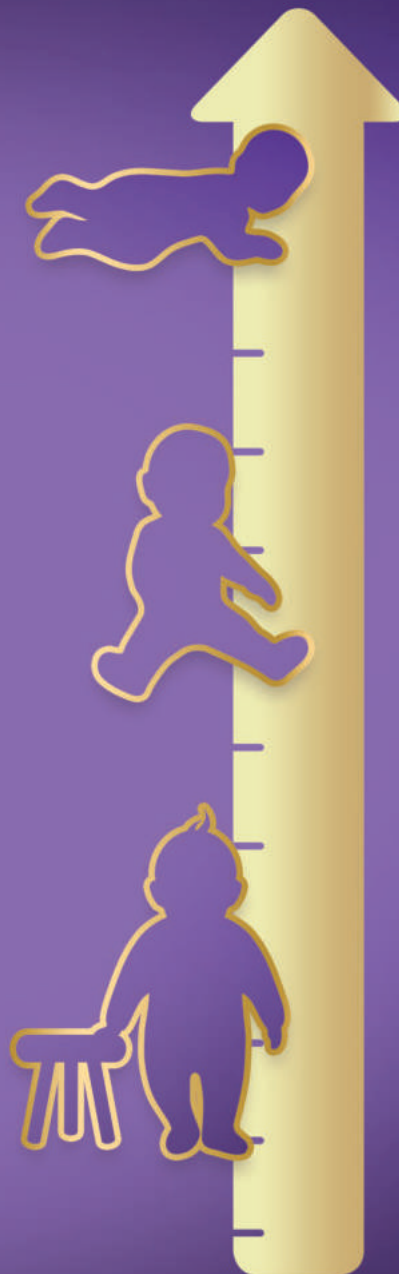


DIAGNÓSTICO PRECISO

Entretanto, na impossibilidade de manutenção do aleitamento materno, devem ser utilizadas fórmulas específicas em substituição ao leite de vaca⁴.

Até os 2 anos de idade, a criança parece não apresentar prejuízos no crescimento, período em que o leite é contribuinte prevalente na dieta, possivelmente pelo suprimento nutricional adequado oriundo do leite materno ou da fórmula. Entretanto, a partir dos 2 anos, observa-se uma tendência de redução no crescimento. Uma hipótese para isso é que o leite é substituído adequadamente até os 2 anos. Já nas faixas etárias maiores, os alimentos substitutos do leite não são nutricionalmente equivalentes¹⁵.

Diante desse novo cenário das alergias, há a necessidade de despertar um novo olhar para os prejuízos que podem ficar, caso os cuidados e providências não sejam adotados no momento certo.

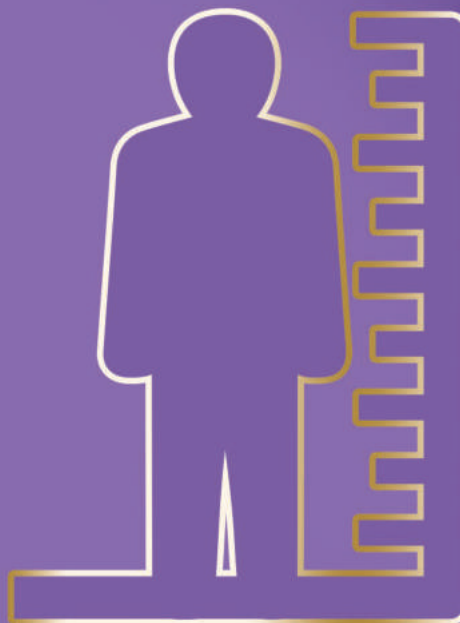


3.

CRIANÇAS MAIORES: A ALERGIA VAI PASSAR, MAS O QUE PODE FICAR?

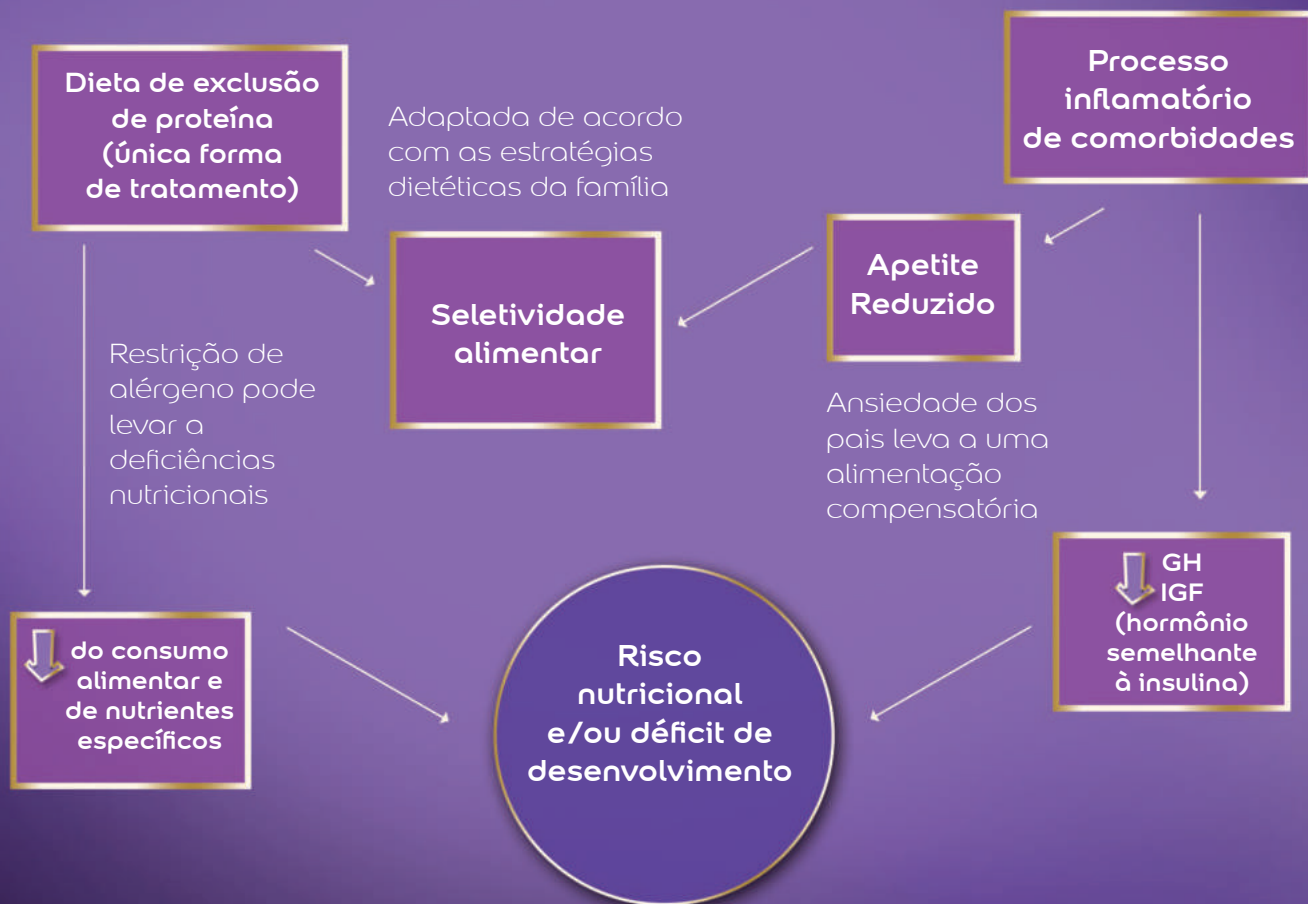
Um bom crescimento e desenvolvimento exige uma nutrição adequada. Do contrário, há risco de comprometimento do estado nutricional e do crescimento^{16,17}.

Crianças alérgicas, tanto as do tipo IgE-mediadas como as IgE-não mediadas possuem risco de desnutrição, especialmente quando há atraso no diagnóstico, geralmente observado na prática clínica¹⁸.



**RISCO DE COMPROMETIMENTO
DO ESTADO NUTRICIONAL E DO
CRESCIMENTO^{16,17}**

O fluxo de risco nutricional e/ou déficit de desenvolvimento das crianças alérgicas é demonstrado na figura abaixo.



De um lado, a exclusão do leite como único meio de tratamento e, de outro, a inflamação alérgica que pode ocorrer durante a dieta de exclusão por um contato com o alérgeno, decorrente de transgressões à dieta ou reação a fórmula hipoalérgica¹⁶, o que pode ocasionar má-absorção intestinal, perda de nutrientes em regurgitações e vômitos, anorexia, perda sanguínea na colite alérgica, perda proteica na gastroenteropatia eosinofílica. Essas manifestações, associadas a uma dieta de exclusão inadequada (visto que o leite é a principal fonte de minerais, vitaminas, energia e proteína para o desenvolvimento normal durante a infância), podem levar a déficits nutricionais e de crescimento²⁰.

Medeiros et al. (2004)¹² constataram que crianças com dieta restrita em leite consumiam **2 vezes menos proteína e 4 vezes menos cálcio** que crianças sem dieta restrita em leite. Mehta et al. (2014)¹⁵ reportaram score-z de P/I 8 vezes menor e de E/I 6 vezes menor em crianças alérgicas quando comparadas a crianças não alérgicas, representando dados preocupantes.



**2X MENOS
PROTEÍNA,
4X MENOS
CÁLCIO**

Problemas no comportamento alimentar também podem ser observados. Na maioria das vezes, eles têm início na fase de introdução alimentar e podem permanecer, como medo da criança de se alimentar, medo dos pais com relação às reações e prorrogação da introdução de novos alimentos, entre outros^{21,22}.

Uma redução normal do apetite já ocorre no período de 1 a 5 anos de idade²³ e, na criança alérgica, é somada ao manejo dietético desafiador, em decorrência dos impactos nutricionais que a dieta restritiva acarreta e suas comorbidades, como aversão e recusa alimentar, comuns em crianças com APLV^{24,25}.

Outra consequência futura é o maior risco de fraturas proveniente de uma dieta com baixo aporte de cálcio durante o período de crescimento^{33,34,35}. A importância do consumo de lácteos para a densidade mineral óssea tem sido analisada em diversos estudos, conduzidos em crianças³⁶, adolescentes³⁷ e adultos jovens³⁸.



Problemas no comportamento alimentar

Redução do apetite



**Manejo
dietético
desafiador**

**Risco
aumentado
de fraturas**

A manutenção do consumo adequado de cálcio durante a infância e na adolescência é necessária para atingir o pico de massa óssea de modo a reduzir o risco futuro de fraturas e de osteoporose^{39,40}.

Uma vez que o único meio de tratamento da alergia à proteína do leite de vaca é a exclusão total do alérgeno, ao considerar todas as possíveis consequências dessa dieta restrita na futura vida adulta da criança, há a necessidade de constante avaliação da ingestão alimentar e do estado nutricional^{12,41}.

A substituição adequada do leite é essencial para garantir a qualidade nutricional da alimentação e o crescimento e o desenvolvimento normais da criança^{12,41}.

Mas como manejar essa substituição para atender as necessidades nutricionais da criança?

4. NOVO CENÁRIO DAS ALERGIAS: COMO MANEJAR AS CRIANÇAS ALÉRGICAS?

A eliminação do leite e derivados, sem substituição apropriada, pode levar à desnutrição e/ou a deficiências nutricionais em um momento em que as crianças estão em crescimento acelerado⁴².

É essencial o acompanhamento da criança submetida a uma dieta de exclusão. A alimentação das crianças varia muito, na medida em que crescem, assim como suas necessidades nutricionais. Portanto, a avaliação e reavaliação periódica do consumo alimentar é fundamental para assegurar que a dieta continue atendendo as necessidades nutricionais da criança^{43,44}.



**AValiação e REAValiação
PERIÓDICA**

Uma substituição adequada não parece ser tão fácil assim. Leites de outros animais (ovelha, cabra, búfala) não devem ser utilizados no tratamento da APLV, pois apresentam alta probabilidade de reação alérgica cruzada². Igualmente, bebidas de soja, arroz, amêndoas, coco, nozes e aveia não são recomendadas, pois quando comparadas ao leite de vaca, possuem valor nutricional mais baixo e menor biodisponibilidade de micronutrientes⁴.

Inadequações nas dietas são inerentes a todas as crianças, mas importância particular é observada em crianças com alergias alimentares que potencialmente se encontram em uma dieta nutricionalmente desbalanceada⁴⁵. Mesmo que uma variedade grande de alternativas alimentares seja incorporada à dieta, não se pode assumir que ela está nutricionalmente completa⁴⁶.



**LEITES DE
OUTROS ANIMAIS
NÃO DEVEM
SER CONSUMIDOS**

Atenção especial deve ser dada a calorias, proteínas e gordura, bem como vitaminas, minerais (especialmente cálcio, vitamina D e ferro) na alimentação de crianças alérgicas⁴⁵, provenientes de alimentos substitutos corretos ou suplementos^{46,47}. Isso permite uma restrição do alérgeno com sucesso⁴⁶ e a redução do impacto nutricional e do crescimento das alergias alimentares, a longo prazo^{48,49}.

Se o medo dos pais com relação à desnutrição ou aos impactos no crescimento e desenvolvimento da criança resulta em práticas coercivas na alimentação, o que é geralmente observado na prática, um suplemento nutricional pode ser oferecido para acalmá-los⁵⁰, juntamente com a alimentação, como uma estratégia emergencial para a recuperação e/ou manutenção do estado nutricional da criança alérgica.



CALORIAS

PROTEÍNAS

GORDURA

VITAMINAS

MINERAIS

Linha Alergia DANONE NUTRICIA

Mais de 20 anos de confiança no diagnóstico e tratamento da APLV



+ de 40 anos
de pesquisa
e inovação



+ de 600
publicações
em periódicos
de imunologia
e alergia



+ de 80 estudos
com fórmulas de
aminoácidos



+ de 20 anos
de publicações
com fórmula
extensamente
hidrolisada



+ de 100 anos
de pesquisa



Pioneirismo no Brasil
com fórmula à base
de **aminoácidos livres**
e **extensamente**
hidrolisada



+ de 40 anos de
pesquisa sobre o
leite materno por
acreditarmos que
é o **melhor alimento**
na infância

Referências Bibliográficas: 1. Sicherer SH, Sampson HA. Food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2006;117(2 Supl.):470-5. 2. Fiocchi A, Schunemann HJ, Brozek J et al. Diagnosis and Rati onale for Acti on Against Cow's Milk Allergy (DRACMA): a summary report. *J Allergy Clin Immunol* 2010; 126:1119-28. 3. Savilahti EM, Savilahti E. Development of natural tolerance and induced desensiti zati on in cow's milk allergy. *Pediatric Allergy Immunology* 24 (2013): 114-121. 4. Luyt D et al. BSACI Guideline for the diagnosis and management of cow's milk allergy. *Clin Exp Allergy* 2014 44:642-672. 5. Santos A, Dias A, Pinheiro JA. Predicti ve factors for the persistence of cows milk allergy. *Pediatr Allergy Immunol* 21:1127-1134. 6. Host A, Halken S, Jacobsen HP, Christensen AE, Herskind AM, Plesner K. Clinical course of cow's milk protein allergy/intolerance and atopic diseases in childhood. *Pediatr Allergy Immunol* 2002; 13 Suppl 15:23-8. 7. Sicherer SH. Epidemiology of food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2011; 127: 594-602. 8. Precoot S, Allen KJ. Food Allergy: riding the second wave of the allergy epidemic. *Pediatric Allergy Immunol* 2011; 22: 155-60. 9. Mario C Vieira et al. A survey on clinical presentati on and nutriti onal status of infants with suspected cow' milk allergy. *BMC Pediatrics* 2010, 10:25. 10. Gupta RS, Springston EE, Kim JS, Smith B, Prongraic JA, Wang X et al. Food allergy knowledge, atti tudes and beliefs of primary care physicians *Pediatrics* 2010; 2015: 126-32. 11. Jackson KD et al. Trends in allergic conditi ons among children: United States, 1997-2011. *NCHS Data Brief*, nº 121, pp. 1-8, 2013. 12. Medeiros LCS et al. Ingestão de nutrientes e estado nutricional de crianças em dieta isenta de leite de vaca e derivados. 13. Pereira PB, Silva CP. Alergia a proteína do leite de vaca em crianças: repercussão da dieta de exclusão e dieta substi tui va sobre o estado nutricional. 14. Zeiger RS. Food allergen avoidance in the preventi on of food allergy in infants and children. *Pediatrics* 2003;111:1662-71. 15. Mehta H. Growth Compari son in Children with and without Food Allergies in 2 Diff erent Demographic Populati ons. *The Journal of Pediatrics*. Vol. 165, No. 4, 2014. 16. Isolauri E, Sutas Y, Salo MK, Isomoppi R, Kaila M. Eliminati on diet in cow's milk allergy: risk for impaired growth in young children. *J Pediatr* 1998; 132: 1004-9. 17. Christe L, Hine RJ, Parker JG, Burks W. Food allergies in children aff ect nutrient intake and growth. *J Am Diet Assoc* 2002; 102: 1648-51. 18. Vanderhoof Y. Diagnosis of cow milk allergy in the gut, never an easy task. *Jornal de Pediatria* 2010; 86: 259-60. 19. Meyer R et al. Malnutriti on in children with food allergies in the UK. *J Hum Nutr Diet*. 2014 Jun;27(3):227-35. 20. Venter C, Meyer R. Session 1: allergic disease: the challenges og managing food hypersensitivity. *Proc. Nutr. Soc.* 2010. 69, 11-24. 21. Carruth, BR, Ziegler PJ, Gordon A, Barr SI. Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers' decisions about off ering a new food. *J Am Diet Assoc*. 2004;104:S57-S64. 22. Jacobi C, Agras WS, Bryson S, Hammer LD. Behavioral validati on, precursors, and concomitants of picky eati ng in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42: 76-84. 23. Leung AK, Robson WL. The toddler who does not eat. *Am Fam Physician* 1994;49(8):1789-800. 24. Mukkadda VA, Haas A, Creskoff Maune H, et al. Feeding dysfuncti on in children with eosinophilic gastrointestinal nail diseases. *Pediatrics* 2010; 126: e671-e277. 25. Fortunato JE, Scheimann AO. Proteinenergy malnutriti on and feeding refusal secondary to food allergies. *Clin Pediatr* (Phila) 2008; 47: 496-9. 26. Carro N, Zeunert S, Simmer KN, Daniels LA. Eati ng behaviour of children 1.5-3.5 years born preterm: Parents' percepti ons. *J Paediatr Child Health* 2002;38(1):72-8. 27. Feldman R, Kerem M, Gross-Rozval O, Tyano S. Mother-child toudt patt erns in infant feeding disorders: Relati on to maternal, child, and environmental factors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43:1089-1097. 28. Chatoor I, Ammaniti M. Classifying feeding disorders of infancy and early childhood. In: Narrow WE, First MB, Sirovatka PJ, Regier DA, eds. *Age and Gender Considerati ons in Psychiatric Diagnosis*. American Psychiatric Associati on; 2007:227-242. 29. Chatoor I, Surlis J, Ganiban J, Beker L, Paez LM, Kerzner B. Failure to thrive and cogniti ve development in toddlers with infanti le anorexia nervosa. *Pediatrics*. 2004;113:e440-e447. 30. Benton D. The infl uence of dietary status on the cogniti ve performance of children. *Mol Nutr Food Res* 2010; 54:547-470. 31. Hughes D, Bryan J. The assessment of cogniti ve and performance in children : considerati ons for detecti ng nutriti onal infl uences. *Nutr Rev* 2003; 61:413-422. 32. Nelson CA. The nature of memory. *Prev Med* 1998; 27:172-179. 33. Heaney RP (2000) Calcium, dairy products and osteoporosis. *J Am Coll Nutr* 19(2 Suppl):83S-99S. 34. Matkovic V, Landoll JD, Badenhop-Stevens NE, Ha EY, Crncevic-Orlic Z, Li B, Goel P (2004) Nutriti onal infl uences on skeletal development from childhood to adulthood: a study of hip, spine, and forearm in adolescent females. *J Nutr* 134:701S-705S. 35. Nicklas TA (2003) Calcium intake trends and health consequences from childhood through adulthood. *J Am Coll Nutr* 22:340-356. 36. Kalkwarf HJ, Khoury JC, Lanphear BP. Milk intake during childhood and adolescence, adult bone density, and osteoporoti c fractures in US women. *Am J Clin Nutr* 2003;77:257-65. 37. Uenishi K, Nakamura K. Intake of dairy products and bone ultrasound measurement in late adolescents: a nativ e onwide cross-secti onal study in Japan. *Asia Pac J Clin Nutr* 2010;19:432-9. 38. Teegarden D, Lyle RM, Proulx WR, Johnston CC, Weaver CM. Previous milk consumpti on is associated with greater bone density in young women. *Am J Clin Nutr* 1999;69:1014-7. 39. NIH Consensus conference. Opti mal calcium intake. NIH Consensus Development Panel on Opti mal Calcium Intake. *JAMA*. 1994;272:1942-1948. 40. Insti tute of Medicine, Food and Nutriti on Board. Dietary Reference Intakes for Calcium, Phosphorus, Magnesium, Vitamin D, and Fluoride. Washington, DC: Natl onal Academy Press; 1997. 41. Cortez APB, Medeiros LC, Speridiao PG, Graca PL., Matt ar RHGM., Fagundes-Neto U, et al.. Pediatricians and nutriti onists knowledge about treatment of cow milk allergy in infants. *Rev Paul Pediatr* 2007;25:106-13. 42. Brasil. Ministério da Saúde. Organizaçã o Pan-Americana de Saúde. *Dez passos para uma alimentaçã o saudável*. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília, DF; 2002. 43. Koletzko S, Niggemann B, Arato A, Dias JA, Heuschkel R, Husby S, et al. Diagnosti c Approach and Management of Cow's-Milk Protein Allergy in Infants and Children: ESPGHAN GI Committ ee Practi cal Guidelines. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2012;55:221-9. 44. Boyce JA, Assa'ad A, Burks AW, Jones SM, Sampson HA, Wood RA, et al. Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: summary of the NIAID-sponsored expert panel report. *Nutr Res*. 2011;31:61-75. 45. Modifi S. Nutriti onal Management of Pediatric Food Hypersensiti vity. *Pediatrics* vol11, nº6, 2003. 46. Grimshaw KEC. Dietary management of food allergy in children. *Proceedings of the Nutriti on Society* (2006), 65, 412-417. 47. Vandenplas Y, Brueton M, Dupont C, Hill D, Isolauri E, Koletzko S et al. (2007). Guidelines for the diagnosis and management of cow's milk protein allergy in infants. *Arch Dis Child* 92, 902-908. 48. Costa LC. Growth Parameters Impairment in Pati ents with Food Allergies. *Journal of Allergy Volume* 2014 (2014), Arti cle ID 980735, 5 pages. 49. Meyer R et al. Malnutriti on in children with food allergies in the UK. *Journal of Human Nutriti on and Dieteti cs*. 2014, 27, 227-235. 50. Kezner B. Clinical investi gati on of feeding diffi culti es in young children: a practi cal approach. *Clinical Pediatrics*, 2015. 51. Kare MR, Beauchamps GK. The role of the taste in the infanti diet. *The American Journal of Clinical Nutriti on* 1985; Feb; 41:418-422. 52. Mahan LK; Escott-Stump S. eds. *Krause's Food & Nutriti on Therapy*, 12n ed. Saunders Elsevier, 2008. 53. Kirby M. Nutriti onal Defi ciencies in Children on Restricted Diets Midge Kirby. *Clinical Nutriti on* on Volume 56, Issue 5, Pages 1085-1103. 54. Mofi di S. Nutriti onal management of pediatric food hypersensiti vity. *Pediatrics* 2003;111:1645-53. 55. FAO/WHO/UNU. Protein and aminoaci d requirements in human nutriti on. Report of a joint FAO/WHO/UNU expert consultati on. WHO technical report series nº 935, 2007. 56. Hanson LA. Immune eff ects of the gut fl ora. *Monatsschr Kinderheilkd*, 1998 (Suppl1); 146:S2-S6. 57. Dupont et al. *JPGN* 1999; 28:589. 58. Ko J et al. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology* 2004; 93(sept): 220-226. 59. De Bossieu D, Dupont C. *J Pediatr* 2000 Jan; 136(1): 119-2. 60. Niggemann B and col. *Pediatr Allergy Immunol*. 2007; 1-7. 61. Sampson HA et al. *Pediatrics* 1992; 90(3): 463-465. 62. Isolauri E., Sampson HA. *JACI* 2004 Feb; S154. 63. Isolauri E. and col. *J Pediatr* 1999; 134: 27-32. 64. Isolauri E. et al. *J Pediatr* 1995 Oct; 127(4): 550-7. 65. Latcham F et al. *J Pediatr* 2003; 143: 39-47. 66. De Boissieu D, Dupont C. *J Pediatr* 2002; 141: 271-3. 67. Niggemann B et al. *Pediatr Allergy Immunol* 2001; 12: 78-82. 68. Vanderhoof JA et al. *J Pediatr* 1997; 131: 741-744. 69. Hill DJ and col. *JACI* 1995 Sep; 96(3): 386-94.

O leite materno é o melhor alimento para lactentes e até o 6º mês deve ser oferecido como fonte exclusiva de alimentaçã o, podendo ser mantido até os 2 anos de idade ou mais. As gestantes e nutrizes também precisam ser orientadas sobre a importã ncia de ingerir uma dieta equilibrada com todos os nutrientes e do aleitamento materno até os dois anos de idade ou mais. As mães devem ser alertadas que o uso de mamadeiras, bicos e chupetas pode dificultar o aleitamento materno, particularmente quando se deseja manter ou retornar à amamentaçã o; seu uso inadequado pode trazer prejuí zos à saúde do lactente, além de custos desnecessários. As mães devem estar cientes da importã ncia dos cuidados de higiene e do modo correto do preparo dos substitutos do leite materno para a saúde do bebê. Cabe aos especialistas esclarecer previamente às mães os custos, riscos e impactos sociais desta substituiçã o para o bebê. É importante que a família tenha uma alimentaçã o equilibrada e que sejam respeitadas os hábitos culturais na introduçã o de alimentos complementares na dieta do lactente, bem como sempre incentivadas as escolhas alimentares saudáveis.

Este é um material orientativo sobre APLV. Material destinado exclusivamente a profissionais de saúde.
Proibida a reproduçã o total e/ou parcial.

DANONE

NUTRICIA
LIFE-TRANSFORMING NUTRITION

sdv
sabor de viver

LOJA OFICIAL DANONE
sabordeviver.com.br
0800 727 8027 | 11 3095 8482

CENTRAL DE RELACIONAMENTO
0800.7213099
sac@danonenutricia.com.br

CENTRAL DE RELACIONAMENTO
0800 728 3321
sac@danonenutricia.com.br

danonenutricia.com.br
alergiaaoleitedevaca.com.br