

# Protocolo Clínico e de Regulação Parapirose e Regurgitação no Adulto e Idoso

*Gustavo de Assis Mota<sup>\*</sup>, Ajith Kumar Sankarankutty<sup>\*\*</sup>,  
Rafael Kemp<sup>\*\*\*</sup>, José Sebastião dos Santos<sup>\*\*\*\*</sup>*

## INTRODUÇÃO

A pirose e regurgitação são sintomas relacionados ao refluxo do conteúdo duodeno gástrico para o esôfago e órgãos adjacentes, associados ou não a lesão tecidual<sup>[1]</sup>. O refluxo gastroesofágico tem uma prevalência estimada de 10 a 30% na população e é motivo frequente de procura para atendimento médico nas unidades básicas de saúde<sup>[2]</sup>.

Os sintomas típicos refluxo gastroesofágico são a azia, pirose e regurgitação, mas essa condição também pode manifestar-se por sintomas atípicos e dor torácica. O diagnóstico é clínico e uma boa resposta ao tratamento medicamentoso é uma forma eficiente para determinar a presença ou não da doença<sup>[1,3]</sup>. Aproximadamente 10% dos pacientes com esofagite vão apresentar complicações decorrentes da doença do refluxo como úlceras, estenoses, sangramentos, esôfago de Barret e câncer esofágico<sup>[4,5]</sup>.

---

<sup>\*</sup> Médico Assistente do Hospital das Clínicas junto à Divisão de Cirurgia Digestiva do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (FMRP-USP). gustavomota@usp.br. Av. Bandeirantes, 3900 – 9º andar do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – SP – Brasil – CEP: 14049-900 FONE: (16) 3602-2593/2508 – FAX: (16) 3633-0836.

<sup>\*\*</sup> Professor Doutor de Cirurgia da Divisão de Cirurgia Digestiva do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade São Paulo. ajith@fmrp.usp.br. Av. Bandeirantes, 3900 – 9º andar do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – SP – Brasil – CEP: 14049-900 FONE: (16) 3602-2593/2508 – FAX: (16) 3633-0836.

<sup>\*\*\*</sup> Professor Doutor de Cirurgia da Divisão de Cirurgia Digestiva do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade São Paulo. rafaelkemp@terra.com.br. Av. Bandeirantes, 3900 – 9º andar do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – SP – Brasil – CEP: 14049-900 FONE: (16) 3602-2593/2508 – FAX: (16) 3633-0836.

<sup>\*\*\*\*</sup> Professor Associado de Cirurgia da Divisão de Cirurgia Digestiva do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. jsdsanto@fmrp.usp.br. Av. Bandeirantes, 3900 – 9º andar do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – SP – Brasil – CEP: 14049-900 FONE: (16) 3602-2593/2508 – FAX: (16) 3633-0836.

Apesar de manejo inicial simples, o médico da atenção básica deve estar preparado para lidar com as diversas formas de apresentação e evolução da doença que pode ser recorrente, necessitar de terapia de manutenção e evoluir com complicações. A elaboração do diagnóstico, o tratamento inicial e a solicitação do exame de endoscopia, quando indicada, são atribuições do médico generalista bem como o acompanhamento do paciente, os resultados do tratamento e o encaminhamento adequado para os serviços especializados do sistema de saúde.<sup>[1,5,6,7,8]</sup>

O médico da atenção básica pode solicitar atendimento especializado por meio do encaminhamento de guias de referência para o Complexo Regulador (CR) que por sua vez, em função das informações referidas, direciona os casos para os serviços especializados de gastroenterologia clínica ou cirúrgica, de média ou elevada complexidade.

A adoção de protocolos clínicos e regulatórios a partir dos cenários de apresentação mais frequentes permite compatibilizar as necessidades do paciente com os diferentes perfis dos serviços do Sistema Único de Saúde, garantir a investigação e o tratamento nos tempos mais adequados e evitar as complicações da doença.

## **CENÁRIOS CLÍNICOS**

### **CENÁRIO I:**

#### **APRESENTAÇÃO CLÍNICA**

- Pirose e regurgitação;
- Frequência menor que duas vezes por semana e tempo de história menor que quatro semanas;
- Ausência de sinais de alarme.

## DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO E ETIOLÓGICO

- Possível caso de doença refluxo gastresofágico (DRGE).

## MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS

- O médico da atenção básica informa a suspeita diagnóstica, implicações da não adesão ao tratamento, complicações da doença e orienta adoção de medidas comportamentais.
- O médico da atenção básica indica à realização do teste terapêutico – inibidor de bombas de prótons (IBP) ou bloqueadores H2 em dose plena por 4 a 8 semanas. O diagnóstico de DRGE pode ser estabelecido frente à resposta satisfatória.
- O médico da atenção básica agenda o retorno para avaliação do resultado do tratamento.
- Em caso de melhora ou remissão dos sintomas médico da atenção básica deve suspender a medicação ou reduzi-la à dose mínima eficaz.
- Em caso de persistência ou piora dos sintomas, o médico da atenção básica verifica a adesão ao tratamento e o repete, quando necessário. Se houve boa adesão o médico da atenção básica refaz o tratamento com dose dobrada (IBP ou Anti-H2 2vezes ao dia) ou troca a medicação (outro IBP ou anti-H2) e agenda novo retorno para reavaliação.
- Em caso de persistência ou piora dos sintomas e boa adesão ao tratamento, o médico da atenção básica solicita a realização do exame de endoscopia digestiva alta que pode ser realizado em até 6 meses<sup>(7)</sup>.
- Em casos de endoscopia normal ou com esofagite leve ou moderada não complicada (grau A e B da classificação de Los Angeles ou I e II da

classificação de Savary-Miller) o médico da atenção básica orienta o tratamento clínico conservador (medidas comportamentais, IBP ou bloqueadores H2 em dose plena, e ou a critério prócinéticos por 4 a 8 semanas) e agenda retorno para avaliação do tratamento.

- Em caso de melhora ou remissão dos sintomas, o médico da atenção básica deve suspender a medicação ou reduzir a dose mínima eficaz.
- Em caso de persistência ou piora dos sintomas o médico da atenção básica mantém o tratamento conservador e por meio do CR encaminha o paciente para avaliação em serviço de gastroenterologia clínica de média complexidade.
- Em casos de endoscopia com esofagite grave ou complicada (Graus C e D da classificação de Los Angeles ou III e IV da classificação de Savary-Miller com úlceras, sangramentos, esôfago de Barret) o médico da atenção básica mantém o tratamento conservador e por meio do CR encaminha o paciente para avaliação e tratamento em serviço de gastroenterologia clínica de média complexidade.
- Em casos de endoscopia com de estenose péptica do esôfago, neoplasia ou Barret complicado (displasia ou neoplasia) o médico da atenção básica mantém o tratamento conservador e encaminha o paciente por meio do CR para avaliação e tratamento em serviço de cirurgia do aparelho digestivo ou gastroenterologia cirúrgica.
- Os encaminhamentos da atenção básica para o CR devem ser feitos por meio de guia de referência preenchida manualmente ou por meio eletrônico com todas as informações clínicas e os resultados de exames.
- O médico regulador de posse do conjunto de informações consegue

discriminar DRGE com sintomas típicos complicada ou não e agendar o atendimento no serviço de referência mais apropriado.

- O médico regulador deve agendar os casos suspeitos de DRGE com sintomas típicos sem complicações em serviço de gastroenterologia clínica de média complexidade em até 2 meses. Os casos de DRGE com esofagite grave ou complicada (Graus C e D da classificação de Los Angeles ou III e IV da classificação de Savary-Miller com úlceras, sangramentos, esôfago de Barret) devem ser agendados em serviço de gastroenterologia clínica de média complexidade em até 2 semanas. Os pacientes com estenose péptica do esôfago, neoplasia ou Barret complicado (displasia ou neoplasia) à endoscopia, devem ser agendados em serviço de cirurgia do aparelho digestivo gastroenterologia cirúrgica de elevada complexidade em até 2 semanas<sup>(7)</sup>.
- O paciente pode ser avisado acerca do dia, local e hora do atendimento da seguinte forma:
  - por telefone pelo CR;
  - por telefone pela atenção básica;
  - pelo agente comunitário de saúde.
- Os retornos ou os tratamentos complementares relacionados à doença são agendados pelo próprio serviço especializado.
- A equipe do serviço especializado deve redirecionar o paciente para a atenção básica por meio de contra-referência com a descrição do tratamento realizado e o complementar eventualmente proposto. A atenção básica continua a cuidar de outras comorbidades ou eventuais

problemas advindos do tratamento passíveis de cuidado nesse nível.

- Os tratamentos complementares necessários fora do âmbito da atenção básica e do serviço especializado devem ser solicitados para o CR por meio de guia de referência preenchida manualmente ou por meio eletrônico

## CENÁRIO II:

### APRESENTAÇÃO CLÍNICA

- Pirose e regurgitação;
- Frequência mínima de 2 vezes por semana com duração maior que 4 semanas;
- Maior que 40 anos.

### DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO E ETIOLÓGICO

- DRGE com sintomas típicos.

### MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS

- O médico da atenção básica informa a suspeita diagnóstica, implicações da não adesão ao tratamento, complicações da doença e orienta o tratamento clínico conservador (medidas comportamentais, IBP ou bloqueadores H2 em dose plena).
- O médico da atenção básica solicita a realização do exame de endoscopia digestiva alta que deve ser realizado em até 6 meses na suspeita de refluxo não complicado<sup>(7)</sup> e agenda o retorno para avaliação do resultado do tratamento.
- Em casos de endoscopia normal ou com esofagite leve ou moderada não complicada (grau A e B da classificação de Los Angeles ou I e II da

classificação de Savary-Miller) em que houve melhora ou remissão dos sintomas, o médico da atenção básica deve suspender a medicação ou reduzir à dose mínima eficaz. Em caso de persistência ou piora dos sintomas o médico da atenção básica verifica a adesão ao tratamento e refaz o tratamento quando necessário. Se houve boa adesão, considerar refazer o tratamento com dose dobrada (IBP duas vezes ao dia) e ou trocar a medicação (outro IBP ou anti-H2) e agendar novo retorno para reavaliação. Em caso de persistência ou piora dos sintomas e boa adesão ao tratamento, o médico da atenção básica encaminha o paciente por meio da CR para avaliação em serviço de gastroenterologia clínica de média complexidade.

- Em casos de endoscopia com esofagite grave ou complicada (Graus C e D da classificação de Los Angeles ou III e IV da classificação de Savary-Miller com úlceras, sangramentos, esôfago de Barret), o médico da atenção básica mantém o tratamento conservador e por meio do CR encaminha o paciente para avaliação e tratamento em serviço de gastroenterologia clínica de média complexidade.
- Em casos de endoscopia com de estenose péptica do esôfago, neoplasia ou Barret complicado (displasia ou neoplasia) o médico da atenção básica mantém o tratamento conservador e encaminha o paciente por meio do CR para avaliação e tratamento em serviço de cirurgia do aparelho digestivo ou gastroenterologia cirúrgica.
- Os encaminhamentos da atenção básica para o CR devem ser feitos por meio de guia de referência preenchida manualmente ou por meio eletrônico com todas as informações clínicas e os resultados de exames.

- O médico regulador de posse do conjunto de informações consegue discriminar DRGE com sintomas típicos complicada ou não e agendar o atendimento no serviço de referência mais apropriado.
- O médico regulador deve agendar os casos suspeitos de DRGE com sintomas típicos sem complicações em serviço de gastroenterologia clínica de média complexidade em até 2 meses. Os casos de DRGE com esofagite grave ou complicada (Graus C e D da classificação de Los Angeles ou III e IV da classificação de Savary-Miller com úlceras, sangramentos, esôfago de Barret) devem ser agendados em serviço de gastroenterologia clínica de média complexidade em até 2 semanas. Os pacientes com estenose péptica do esôfago, neoplasia ou Barret complicado (displasia ou neoplasia) à endoscopia, devem ser agendados em serviço de cirurgia do aparelho digestivo gastroenterologia cirúrgica de elevada complexidade em até 2 semanas<sup>(7)</sup>.
- O paciente pode ser avisado acerca do dia, local e hora do atendimento da seguinte forma:
  - por telefone pelo CR;
  - por telefone pela atenção básica;
  - pelo agente comunitário de saúde.
- Os retornos ou os tratamentos complementares relacionados à doença são agendados pelo próprio serviço especializado.
- A equipe do serviço especializado deve redirecionar o paciente para a atenção básica por meio de contra-referência com a descrição do tratamento realizado e o complementar eventualmente proposto. A



atenção básica continua a cuidar de outras comorbidades ou eventuais problemas advindos do tratamento passíveis de cuidado nesse nível.

### **CENÁRIO III: APRESENTAÇÃO ATÍPICA**

#### **APRESENTAÇÃO CLÍNICA**

- Dor torácica sem evidência de enfermidade coronariana, globos faríngeo.
- Asma, tosse crônica.
- Rouquidão, pigarro, sinusite crônica, otalgia.
- Desgaste do esmalte dentário, halitose, aftas.

#### **DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO E ETIOLÓGICO**

- DRGE com sintomas atípicos.

#### **MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS**

- O médico da atenção básica informa a suspeita diagnóstica, implicações da não adesão ao tratamento, complicações da doença e orienta o tratamento clínico conservador (medidas comportamentais, IBP ou bloqueadores H2 em dose plena).
- O médico da atenção básica solicita a realização do exame de endoscopia digestiva alta que deve ser realizado em até 6 meses<sup>(7)</sup>.
- Em casos de endoscopia normal ou com esofagite leve ou moderada não complicada (grau A e B da classificação de Los Angeles ou I e II da classificação de Savary-Miller) em que houve melhora ou remissão dos sintomas, o médico da atenção básica deve suspender a medicação ou reduzi-la à dose mínima eficaz. Em caso de persistência ou piora dos

sintomas o médico da atenção básica verifica a adesão ao tratamento e refaz o tratamento quando necessário. Se houve boa adesão, considerar refazer o tratamento com dose dobrada (IBP duas vezes ao dia) e ou trocar a medicação (outro IBP ou anti-H2) e agendar novo retorno para reavaliação. Em caso de persistência ou piora dos sintomas e boa adesão ao tratamento, o médico da atenção básica solicita a avaliação em serviço de gastroenterologia clínica de média complexidade.

- Em casos de esofagite grave ou complicada (Graus C e D da classificação de Los Angeles ou III e IV da classificação de Savary-Miller, com úlceras, sangramentos, esôfago de Barret) o médico da atenção básica mantém o tratamento conservador e encaminha o paciente para avaliação e tratamento em serviço de gastroenterologia clínica de média complexidade.
- Em casos de estenose péptica do esôfago, neoplasia ou esôfago de Barret complicado (displasia ou neoplasia) o médico da atenção básica mantém o tratamento conservador e encaminha o paciente para avaliação e tratamento em serviço de elevada complexidade de cirurgia do aparelho digestivo ou gastroenterologia cirúrgica.
- O médico regulador de posse do conjunto de informações consegue discriminar DRGE com sintomas típicos complicada ou não e agendar o atendimento no serviço de referência mais apropriado.
- O médico regulador deve agendar os casos suspeitos de DRGE com sintomas típicos sem complicações em serviço de gastroenterologia clínica de média complexidade em até 2 meses. Os casos de DRGE com esofagite grave ou complicada (Graus C e D da classificação de

Los Angeles ou III e IV da classificação de Savary-Miller com úlceras, sangramentos, esôfago de Barret) devem ser agendados em serviço de gastroenterologia clínica de média complexidade em até 2 semanas. Os pacientes com estenose péptica do esôfago, neoplasia ou Barret complicado (displasia ou neoplasia) à endoscopia, devem ser agendados em serviço de cirurgia do aparelho digestivo gastroenterologia cirúrgica de elevada complexidade em até 2 semanas(7).

- O paciente pode ser avisado acerca do dia, local e hora do atendimento da seguinte forma:
  - por telefone pelo CR;
  - por telefone pela atenção básica;
  - pelo agente comunitário de saúde.
- Os retornos ou os tratamentos complementares relacionados à doença são agendados pelo próprio serviço especializado.
- A equipe do serviço especializado deve redirecionar o paciente para a atenção básica por meio de contra referência com a descrição do tratamento realizado e o complementar eventualmente proposto. A atenção básica continua a cuidar de outras comorbidades ou eventuais problemas advindos do tratamento passíveis de cuidado nesse nível.

#### CENÁRIO IV: APRESENTAÇÃO SINAIS DE ALARME

##### APRESENTAÇÃO CLÍNICA

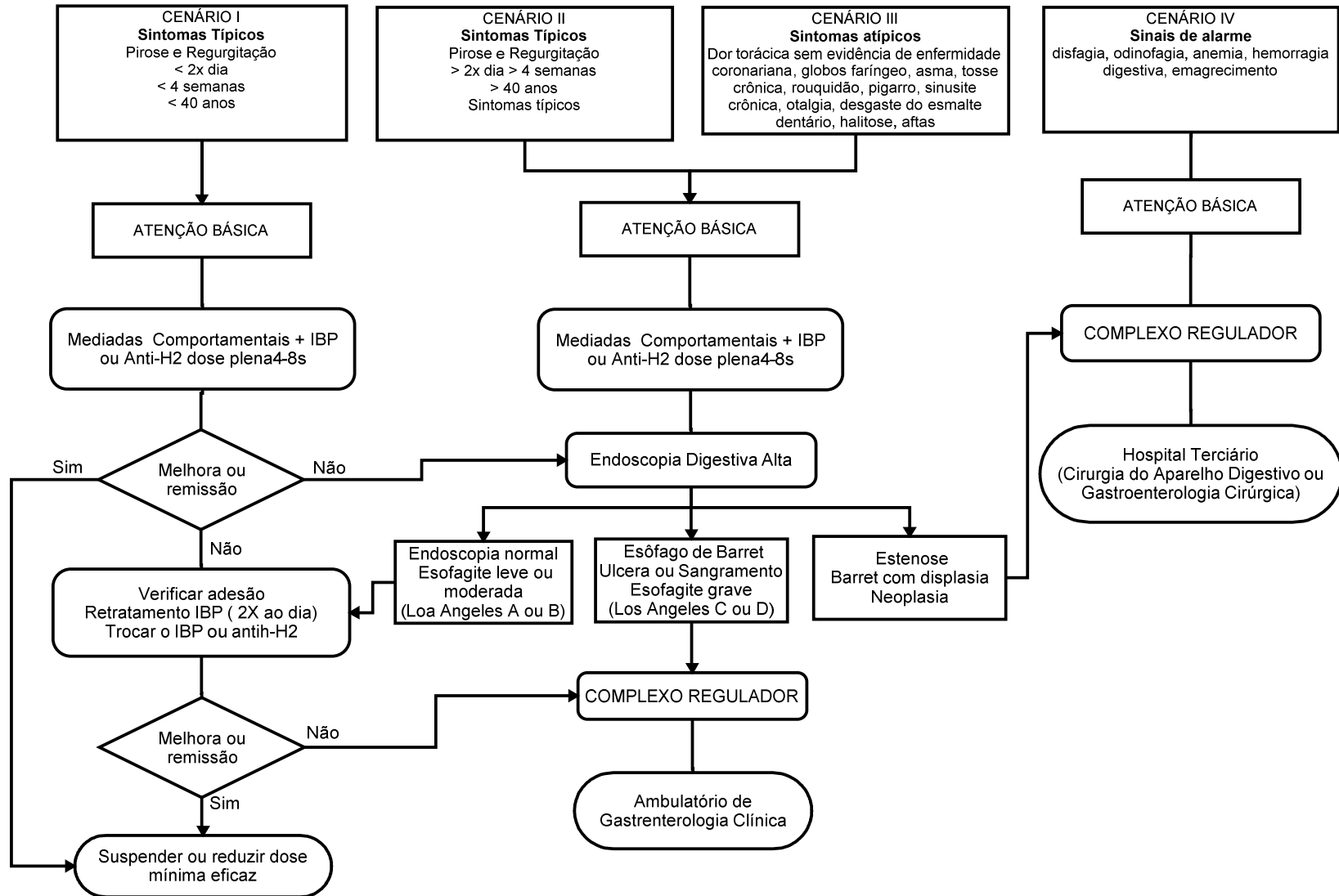
- Disfagia, odinofagia;
- Perda de peso;

- Anemia, sangramento gastrointestinal;
- Náuseas e vômitos persistentes;
- História familiar de câncer.

#### MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS

- O médico da atenção básica informa a suspeita diagnóstica e orienta de dieta via oral com líquidos e pastosos.
- Se houver incapacidade de manter aporte líquido e calórico via oral, passar sonda nasogástrica e orientar a dieta e a hidratação para manter o aporte. O posicionamento da sonda deve ser conferido por meio de manobras clínicas e em caso de dúvida o paciente pode ser encaminhado à UPA para radiografia simples de tórax ou abdome. A orientação da dieta, cuidados, desobstrução ou troca da sonda de alimentação pode ser feita no âmbito da atenção básica.
- O médico da atenção básica encaminha uma guia de referência preenchida manualmente ou por meio eletrônico com todas as informações clínicas e os resultados de exames laboratoriais e de imagem ao CR.
- O médico regulador de posse do conjunto de informações e agenda o atendimento em serviço de referência terciário mais apropriado no prazo de 15 dias<sup>(7)</sup>
- O paciente pode ser avisado acerca do dia, local e hora do atendimento da seguinte forma:
  - por telefone pelo CR;
  - por telefone pela atenção básica;
  - pelo agente comunitário de saúde.

- Os retornos ou os tratamentos complementares relacionados à doença são agendados pelo próprio serviço especializado.
- A equipe do serviço especializado deve redirecionar o paciente para a atenção básica por meio de contra referência com a descrição do tratamento realizado e o complementar eventualmente proposto. A atenção básica continua a cuidar de outras comorbidades ou eventuais problemas advindos do tratamento passíveis de cuidado nesse nível.



## Medidas comportamentais no tratamento da DRGE

- Elevação da cabeceira da cama (15 cm)
- Moderar a ingestão dos seguintes alimentos, na dependência da correlação com sintomas: gordurosos, cítricos, café, bebidas alcoólicas, bebidas gasosas, menta, hortelã, produtos à base de tomate e chocolate.
- Cuidados especiais com medicamentos potencialmente “de risco”, como colinérgicos, teofilina, bloqueadores de canal de cálcio, alendronato.
- Evitar deitar-se nas duas horas posteriores às refeições.
- Evitar refeições copiosas.
- **Suspensão do fumo.**
- **Redução do peso corporal em obesos.**

## Classificação endoscópica de Savary-Miller modificada

A	Uma ou mais erosões menores do que 5 mm;
B	Uma ou mais erosões maiores do que 5 mm em sua maior extensão, não contínuas entre os ápices de duas pregas esofágicas;
C	Erosões contínuas (ou convergentes) entre os ápices de pelo menos duas pregas, envolvendo menos do que 75% do órgão;
D	Erosões ocupando pelo menos 75% da circunferência do órgão.

## Classificação endoscópica de Los Angeles

0	Normal;
1	Uma ou mais erosões lineares ou ovaladas em uma única prega longitudinal;
2	Várias erosões situadas em mais de uma prega

3	longitudinal, confluentes ou não, mas que não ocupam toda a circunferência do esôfago; Erosões confluentes que se estendem por toda a circunferência do esôfago;
4	Lesões crônicas: úlceras e estenose, isoladas ou associadas às lesões nos graus 1 e 3;
5	Epitélio colunar em continuidade com a linha Z: circunferencial ou não, de extensão variável, associado ou não a lesões de 1 a 4.

### **BLOQUEADORES DOS RECEPTORES H2 DA HISTAMINA**

(DOSE PLENA DIARIA)

Cimetidina	800mg
Ranitidina	300mg
Famotidina	40mg
Nizatidina	300mg

### **INIBIDORES DA BOMBA PROTÔNICA**

(DOSE PLENA 1X OU 2X AO DIA)

Omeprazol	40mg
Lansoprazol	30mg
Pantoprazol	40mg
Rabeprazol	20mg
Esomeprazol	40mg



## BIBLIOGRAFIA

1. Moraes-Filho JP, Navarro-Rodriguez T, Barbuti R, Eisig J, Chinzon D, Bernardo W; Brazilian Gerd Consensus Group. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease: an evidence-based consensus. *ArqGastroenterol*. 2010 Mar; 47(1):99-115.
2. Vakil N. Disease definition, clinical manifestations, epidemiology and natural history of GERD. *Best Pract Res ClinGastroenterol*. 2010 Dec;24(6):759-64.
3. Lacy BE, Weiser K, Chertoff J, Fass R, Pandolfino JE, Richter JE, Rothstein RI, Spangler C, Vaezi MF. The diagnosis of gastroesophageal reflux disease. *Am J Med*. 2010 Jul;123(7):583-92. Epub 2010 May 20.
4. Kamal A, Vaezi MF. Diagnosis and initial management of gastroesophageal complications. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2010 Dec;24(6):799-820.
5. Chait MM. Gastroesophageal reflux disease: Important considerations for the older patients. *World J Gastrointest Endosc*. 2010 Dec 16;2(12):388-96.
6. Halpern R, Kothari S, Fuldeore M, Zarotsky V, Porter V, Dabbous O, Goldstein JL. GERD-related health care utilization, therapy, and reasons for transfer of GERD patients between primary care providers and gastroenterologists in a US managed care setting. *Dig Dis Sci*. 2010 Feb;55(2):328-37. Epub 2009 Aug 21.
7. Paterson WG, Depew WT, Paré P, Petrunia D, Switzer C, Veldhuyzen van Zanten SJ, Daniels S; Canadian Association of Gastroenterology Wait Time Consensus Group. Canadian consensus on medically acceptable wait times for digestive health care. *Can J Gastroenterol*. 2006 Jun;20(6):411-23.
8. Hatlebakk, J. G. Endoscopy in gastro-oesophageal reflux disease. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 24 (2010) 775–786.