

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

Gustavo de Assis Mota^{}, Ajith Kumar Sankarankutty^{**},
Rafael Kemp^{***}, José Sebastião dos Santos^{****}*

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^[1]. 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^[2].

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^[1,3]. Aproximadamente 10% dos pacientes com esofagite vão apresentar complicações decorrentes da doença do refluxo como úlceras, estenoses, sangramentos, esôfago de Barret e câncer esofágico^[4,5].

^{*} 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.

^{**} 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.

^{***} 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.

^{****} 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.^[1,5,6,7,8]

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⁽⁷⁾.
- 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⁽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.

- 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⁽⁷⁾ 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⁽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 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⁽⁷⁾.
- 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

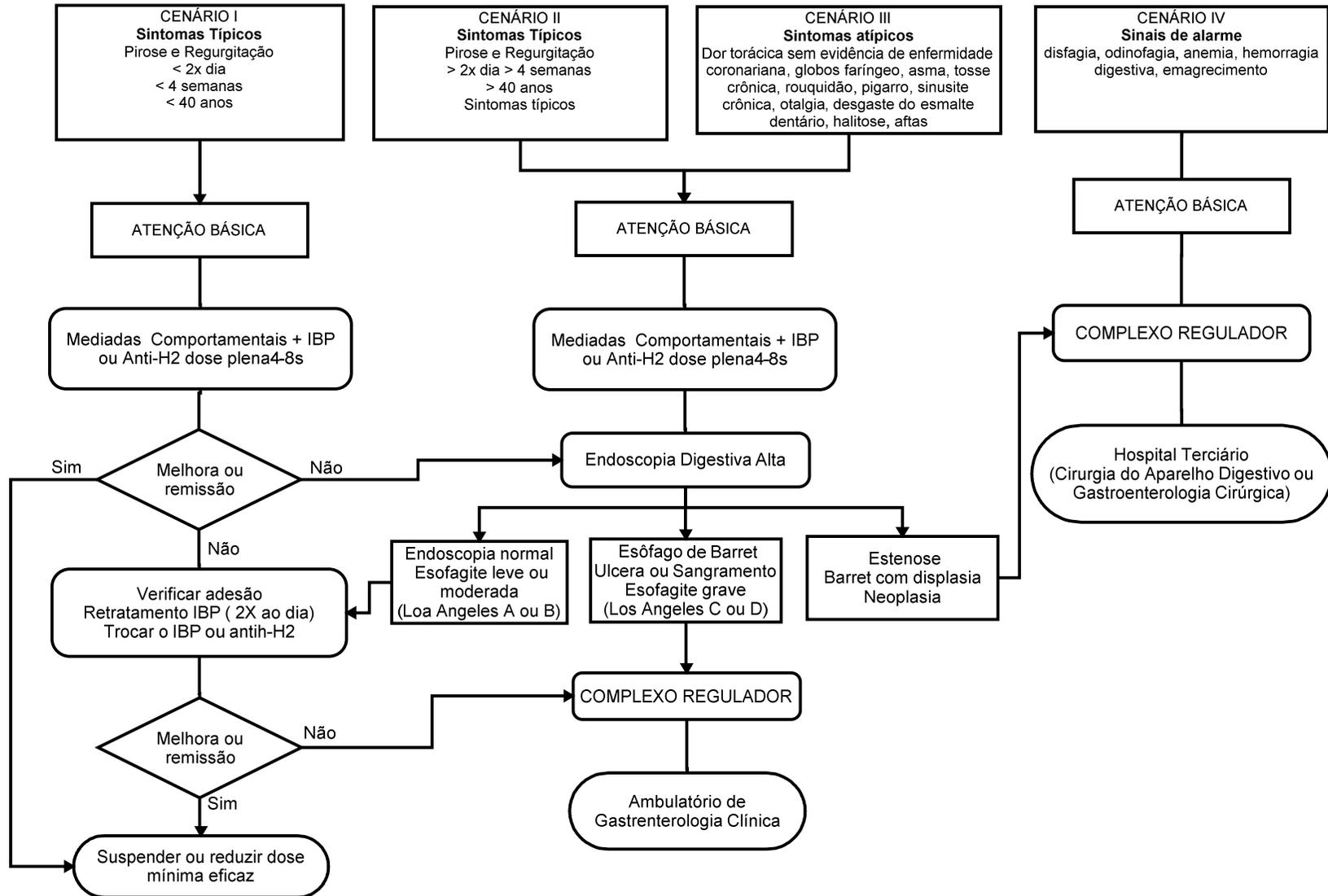
- Disfagia, odinofagia;
- Perda de peso;

- 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⁽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.



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.