

NORMA

NÚMERO: 019/2017
DATA: 11/09/2017

ASSUNTO: Diagnóstico e Tratamento da Doença de Refluxo Gastro Esofágico no Adulto
PALAVRAS-CHAVE: Refluxo, pirose, esofagite, endoscopia, manometria, pHmetria
PARA: Médicos do Sistema de Saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.min-saude.pt)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde, da Ordem dos Médicos, a Direção Geral da Saúde emite a seguinte:

NORMA

1. A doença de refluxo gastro esofágico no adulto (DRGE) deve ser classificada de acordo com o *Consensus* de Montreal em (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I)¹:
 - a) Síndromes esofágicas: sintomas típicos de refluxo (azia/pirose, e/ou regurgitação) ou dor torácica:
 - b) Síndromes extra-esofágicas divididos em dois subgrupos:
 - i. Com associações estabelecidas:
 - (i) Síndrome tosse de refluxo gastro esofágico (RGE), síndrome laringite de RGE, síndrome de asma de RGE.
 - ii. Com associações propostas:
 - (i) Faringite, sinusite, fibrose pulmonar idiopática, otite média recorrente.
2. O diagnóstico da DRGE deve ser estabelecido, com base (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I)²:
 - a) Numa história de sintomatologia típica com resposta favorável a terapêutica médica; e
 - b) Em situações específicas, deve ser estabelecido também, com recurso a exames endoscópicos e/ou estudos funcionais devidamente fundamentados.

3. As indicações para a realização de endoscopia digestiva alta na DRGE devem ser (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I)³:
- a) Persistência, recidiva ou agravamento de sintomas sugestivos de DRGE durante o tratamento médico nos termos da presente Norma;
 - b) Disfagia ou odinofagia;
 - c) Associação de sintomas com perda involuntária de peso de 5%;
 - d) Evidência de hemorragia digestiva ou anemia;
 - e) Presença de uma massa, estenose ou úlcera em estudos imagiológicos;
 - f) Rastreio de esófago de Barrett em pessoas selecionadas;
 - g) Vômitos persistentes;
 - h) Sintomas recorrentes após procedimentos terapêuticos anti refluxo, cirúrgicos ou endoscópicos.
4. No caso de a observação endoscópica revelar mucosa normal, ou com aspeto sugestivo de esofagite péptica, não deve ser efetuada biópsia, especificamente, para o diagnóstico de DRGE (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I)³.
5. Nas pessoas com esofagite de refluxo (DRGE erosiva), as endoscopias de seguimento só devem ser prescritas, na modificação ou persistência dos sintomas durante o tratamento médico (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I)³.
6. A prescrição de manometria esofágica e de monitorização ambulatoria do refluxo, deve ser acompanhada de informação clínica e transcrição ou cópia dos relatórios de meios complementares de diagnóstico (MCDT), efetuados previamente (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I).
7. A monitorização ambulatoria de refluxo deve ser efetuada, através da prescrição e realização de pHmetria esofágica de 24 horas, ou impedância-pHmetria esofágica de 24 horas:
- a) Com suspensão do tratamento com IBP, por pHmetria ou impedância-pHmetria (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I)³;

- b) Sob tratamento com IBP, por impedância-pHmetria (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I)³;
 - c) A monitorização ambulatória de refluxo, deve ser precedida de manometria esofágica para a localização do esfíncter esofágico inferior (EEI) e posicionamento correto do cateter de monitorização ambulatória de refluxo (Nível de evidência A, Grau de Recomendação I)³⁻⁵.
8. A monitorização ambulatória de refluxo, através da prescrição e realização de pHmetria esofágica de 24 horas ou impedância-pHmetria esofágica de 24 horas, deve ser prescrita nas seguintes situações clínicas:
- a) Confirmação do diagnóstico em pessoas com sintomas típicos de DRGE sem evidência endoscópica de esofagite ou complicação do RGE, antes de realizar tratamento cirúrgico ou endoscópico (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I)³⁻⁴;
 - b) Em pessoas com sintomas atípicos e/ou extra-esofágicos:
 - i. Antes do teste terapêutico na ausência de sintomas típicos de DRGE (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação II)³;
 - ii. Para avaliação da causalidade dos sintomas (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação II)³⁻⁵.
 - c) Situações de dúvidas de diagnóstico, devidamente fundamentadas no processo clínico (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I)³;
 - d) Avaliação de pessoas com recidiva de sintomas após cirurgia anti refluxo, nos quais se suspeita de persistência de RGE patológico (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I).
9. Nas seguintes situações clínicas, a monitorização ambulatória de refluxo deve ser prescrita e realizada por impedância-pHmetria esofágica de 24 horas:
- a) Sintomas sugestivos de DRGE, sem evidência endoscópica de esofagite e pHmetria esofágica normal (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I)³;
 - b) Esclarecimento do diagnóstico de sintomas sugestivos de RGE, com suspeita de RGE Não-Ácido (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I)³;

c) Sintomas típicos de DRGE que não apresentam resposta satisfatória aos IBP, para avaliação da sua correlação com episódios de refluxo (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I)³.

10. Não deve ser prescrita monitorização ambulatoria de refluxo, para estabelecer o diagnóstico de DRGE na presença de esófago de Barrett (segmento curto ou longo) (Nível de evidência B, Grau de Recomendação I)³

11. A manometria esofágica deve ser prescrita e realizada nas seguintes situações clínicas:

a) Para esclarecimento da disfagia na ausência de lesões endoscópicas (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I)^{5,6}

b) Avaliação prévia a cirurgia de refluxo, para exclusão de perturbação motora esofágica primária ou secundária (ex: acalásia, esclerodermia ou outras) (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I)³.

12. No tratamento farmacológico da DRGE devem ser prescritos IBP, como primeira linha terapêutica (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)⁷.

13. Nas síndromes esofágicas de DRGE:

a) Com resposta clínica após 4 a 8 semanas de tratamento, deve ser indicada redução gradual da dose dos IBP, até à suspensão (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação II)^{3,8};

b) Com recorrência dos sintomas após suspensão de IBP, deve ser indicado tratamento com IBP de manutenção, com a dose mais baixa que controle os sintomas:

i. Em dose normal, uma ou duas vezes por dia (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I)^{3,8}; ou

ii. Em dose mais baixa eficaz, incluindo a possibilidade de tratamentos intermitentes (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação II)³

ou

c) Na resposta favorável ao IBP, não devem ser prescritos meios complementares de diagnóstico na avaliação de DRGE (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)⁹, exceto nas condições previstas no ponto 3 da presente Norma;

d) No caso de recorrência de sintomas após suspensão de IBP, a endoscopia deve ser prescrita nas pessoas com idade superior a 50 anos, sem endoscopia prévia, mesmo na ausência de sinais de alarme, devidamente fundamentada no processo clínico (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I)⁹.

14. Na DRGE com esofagite, os IBP devem ser prescritos (consultar N.º 036/2011 “Supressão Ácido: Utilização dos Inibidores da Bomba de Protões e das suas Alternativas Terapêuticas”):

- a) Em dose mais alta do que a de manutenção⁸ num período de 8 semanas, para o alívio sintomático e a cura da esofagite (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)³; e, posteriormente;
- b) Em uso crónico com uma dose de manutenção, ou com a dose mais baixa que controla os sintomas (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)^{3,8};
- c) Em pessoas com resposta sintomática incompleta à terapêutica com IBP uma vez por dia, o aumento da dose para duas vezes por dia, pode resultar num alívio sintomático adicional (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação II)^{3,7,8}.

15. Em pessoas com suspeita de síndrome DRGE extra-esofágica (laringite, tosse crónica ou asma), associada a síndrome esofágica, deve ser efetuado:

- a) Tratamento com IBP uma ou duas vezes por dia (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I)³;
- b) Avaliação da resposta ao tratamento até às 12 semanas³;
- c) Reavaliação com periodicidade definida de acordo com situação clínica e contexto individual, em caso de tratamento contínuo¹⁰.

16. O tratamento cirúrgico da DRGE deve ser considerado:

- a) Como opção terapêutica, em pessoas que necessitam de tratamento de longa duração (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)³;
- b) Em pessoas refratárias ao tratamento médico, com refluxo gastro esofágico comprovado por meios complementares de diagnóstico e correlação sintomas/refluxo documentada (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I)^{3,4,5}.

17. Devem ser referenciadas a consulta de especialidade hospitalar de gastroenterologia, a efetivar no prazo máximo de 120 dias, as pessoas com:

- a) DRGE refratária à terapêutica médica, definida como a persistência de sintomas apesar de adequado tratamento com IBP⁸ (ver pontos 13, 14 e 15 da presente Norma);
- b) Indicação para monitorização ambulatoria de refluxo (ver pontos 8 e 9 da presente Norma);

18. Devem ser referenciadas a consulta de especialidade hospitalar de gastroenterologia ou cirurgia geral, a efetivar no prazo máximo de 30 dias, as pessoas que apresentam DRGE com⁷:

- a) Hemorragia com repercussão clínica;
- b) Carcinoma ou displasia de alto grau;
- c) Estenose esofágica.

19. Devem ser referenciadas a consulta de especialidade hospitalar de cirurgia geral, a efetivar no prazo máximo de 120 dias, as pessoas com indicação cirúrgica, nos termos do ponto 16 da presente Norma.

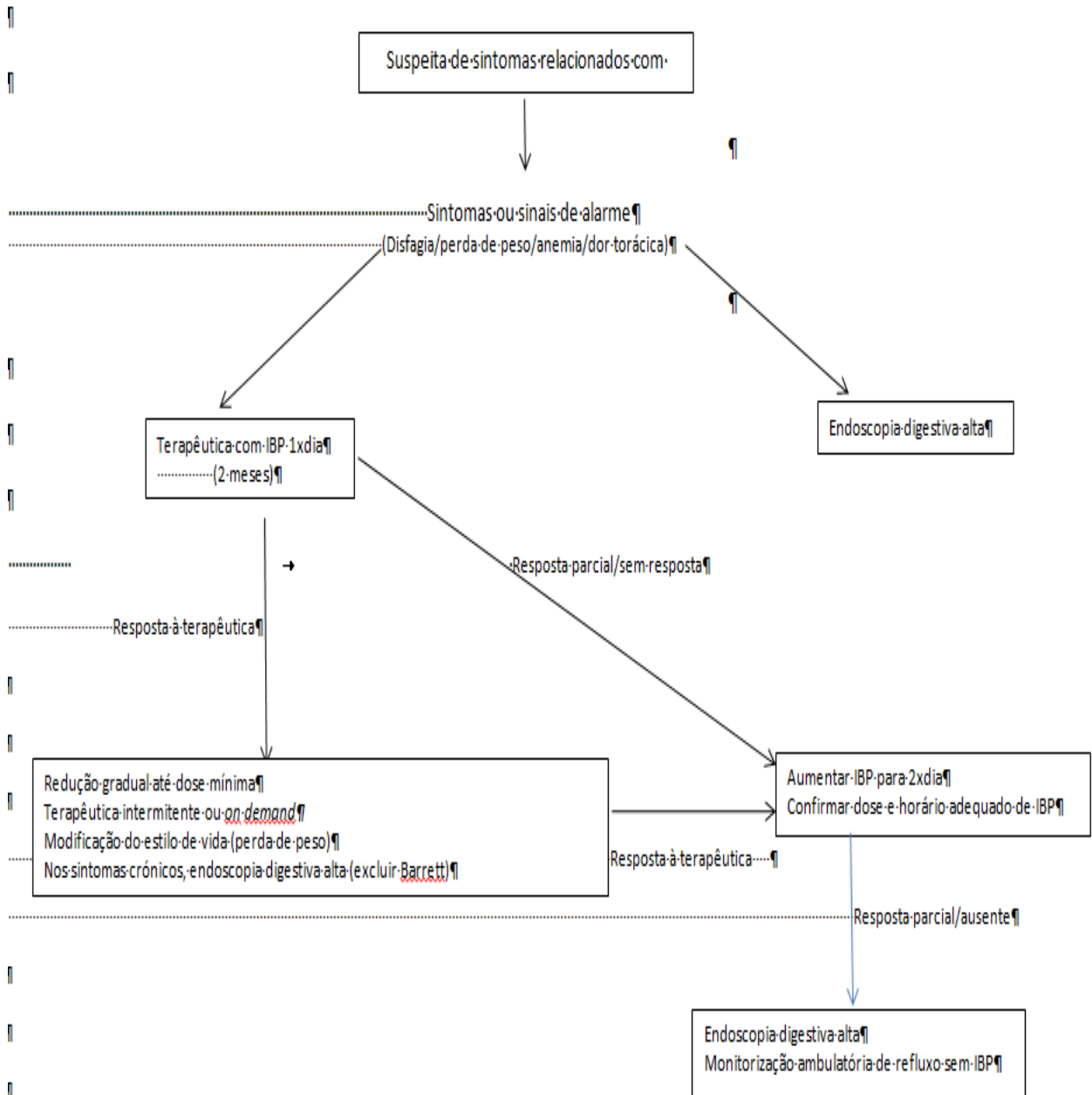
20. A pessoa e/ou representante legal e/ou procurador de cuidados, devem ser informados e esclarecidos sobre a situação clínica, do plano de diagnóstico e terapêutico, dos efeitos adversos, benefícios e riscos.

21. Deve ser obtido um consentimento informado escrito, de acordo com a Norma nº 015/2013 “Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito”.

22. Qualquer exceção à presente Norma é fundamentada clinicamente, com registo no processo clínico.

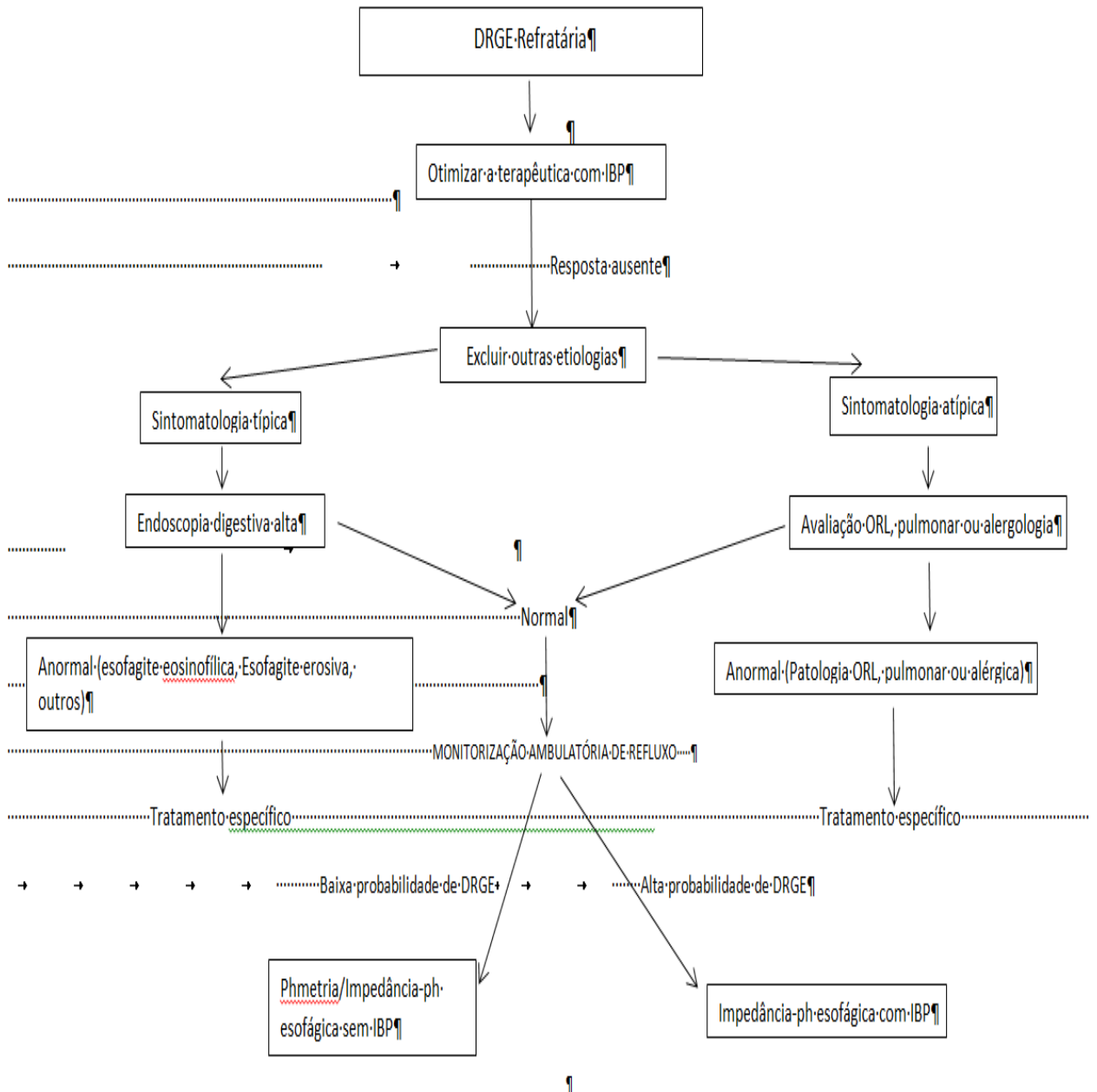
23. Algoritmos clínicos

Diagnóstico e Tratamento de sintomas ou sinais de alarme



Adaptado de: Ates F, Francis D, Vaezi M. *Refractory gastroesophageal reflux disease: advances and treatment. Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2014 Aug; 8(6):657-67

DRGE refratária



Fonte: Katz PO, Gerson LB, Vela MF. *Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease*. Am J Gastroenterol 2013; 108:308 – 328.

24. Instrumento de Auditoria

Instrumento de Auditoria Clínica				
Norma " Diagnóstico e Tratamento da Doença de Refluxo Gastro Esofágico no Adulto "				
Unidade:				
Data: ___/___/___		Equipa auditora:		
1: Consentimento Informado				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que a pessoa e/ou o representante legal são informados e esclarecidos sobre a situação clínica, do plano de diagnóstico e terapêutico, dos efeitos adversos, benefícios e riscos				
Existe evidência de que é obtido um consentimento informado escrito de acordo com a Norma nº 015/2013 "Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito"				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
2: Classificação da Doença de Refluxo Gastro esofágico no Adulto (DRGE)				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que a doença de refluxo gastro esofágico (DRGE) é classificada de acordo com o <i>Consensus</i> de Montreal em: síndromes esofágicas (sintomas típicos de refluxo (azia/pirose, e/ou regurgitação) ou dor torácica); síndromes extra-esofágicas divididos em dois subgrupos: com associações estabelecidas (síndrome tosse de refluxo gastro esofágico (RGE), síndrome laringite de RGE, síndrome de asma de RGE); com associações propostas (faringite, sinusite, fibrose pulmonar idiopática, otite média recorrente)				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
3: Diagnóstico de DRGE				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que na pessoa, o diagnóstico da doença de refluxo gastro esofágico (DRGE) é estabelecido com base: numa história de sintomatologia típica e numa resposta favorável a terapêutica médica; e em situações específicas, é estabelecido também, com recurso a exames endoscópicos e/ou estudos funcionais devidamente fundamentados				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
4: Indicações para Endoscopia Digestiva Alta na DRGE				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que as indicações para a realização de endoscopia digestiva alta na doença de refluxo gastro esofágico (DRGE) são: persistência, recidiva ou agravamento de sintomas sugestivos de DRGE durante o tratamento médico nos termos da presente Norma; disfagia ou odinofagia; associação de sintomas com perda involuntária de peso de 5%; evidência de hemorragia digestiva ou anemia; presença de uma massa, estenose ou úlcera em estudos imagiológicos; rastreio de esófago de Barrett em pessoas selecionadas; vômitos persistentes; sintomas recorrentes após procedimentos terapêuticos anti refluxo, cirúrgicos ou endoscópicos				
Existe evidência de que na pessoa, quando a observação endoscópica revela mucosa normal ou com aspeto sugestivo de esofagite péptica, não é efetuada biópsia, especificamente, para o diagnóstico de doença de refluxo gastro esofágico (DRGE)				
Existe evidência de que na pessoa com esofagite de refluxo (DRGE erosiva), as endoscopias de seguimento só são prescritas, na modificação ou persistência dos sintomas durante o tratamento médico				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
5: Tratamento				

A: Doença do Refluxo Gastro-esofágico				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que na pessoa com doença do refluxo gastro esofágico (DRGE) são prescritos IBP, como primeira linha terapêutica				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
B: Síndrome Esofágica de DRGE				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que na pessoa com síndromes esofágicas de doença do refluxo gastro esofágico (DRGE) e com resposta clínica após 4 a 8 semanas de tratamento, é indicada redução gradual da dose dos inibidores da bomba de protões (IBP) até à suspensão				
Existe evidência de que na pessoa com síndromes esofágicas de doença do refluxo gastro esofágico (DRGE) e com recorrência dos sintomas após suspensão de inibidores da bomba de protões (IBP), é indicado tratamento com IBP de manutenção, com a dose mais baixa que controla os sintomas: em dose normal, uma ou duas vezes por dia; ou em dose mais baixa eficaz, incluindo a possibilidade de tratamentos intermitentes; ou na resposta favorável ao IBP, não são prescritos meios complementares de diagnóstico na avaliação de DRGE, exceto nas condições previstas no ponto 3 da presente Norma				
Existe evidência de que na pessoa com idade superior a 50 anos, com síndromes esofágicas de doença do refluxo gastro esofágico (DRGE) e com recorrência dos sintomas após suspensão de inibidores da bomba de protões (IBP), é prescrita endoscopia, sem endoscopia prévia, mesmo na ausência de sinais de alarme, devidamente fundamentada no processo clínico				
Subtotal	0	0	0	
C: DRGE com Esofagite				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que na pessoa com doença do refluxo gastro esofágico (DRGE) com esofagite, são prescritos inibidores da bomba de protões (IBP) (consultar N.º 036/2011 "Supressão Ácido: Utilização dos Inibidores da Bomba de Protões e das suas Alternativas Terapêuticas": em dose mais alta do que a de manutenção num período de 8 semanas, para o alívio sintomático e a cura da esofagite; e, posteriormente; em uso crónico com uma dose de manutenção, ou com a dose mais baixa que controla os sintomas; com resposta sintomática incompleta à terapêutica com inibidores da bomba de protões (IBP) uma vez por dia, o aumento da dose para duas vezes por dia, pode resultar num alívio sintomático adicional				
Subtotal	0	0	0	
D: Suspeita de Síndrome DRGE Refratária				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que na pessoa com suspeita de síndrome DRGE extra-esofágica (laringite, tosse crónica ou asma), associada a síndrome esofágica, é efetuado: tratamento com inibidores da bomba de protões (IBP) uma ou duas vezes por dia				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
E: Tratamento Cirúrgico				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que na pessoa com doença do refluxo gastro esofágico (DRGE), o tratamento cirúrgico é considerado: como opção terapêutica quando existe necessidade de tratamento de longa duração; quando apresenta situação refratária ao tratamento médico, com refluxo gastro esofágico comprovado por meios complementares de diagnóstico e correlação sintomas/refluxo documentada				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			

6: Monitorização e Avaliação				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que na pessoa com suspeita de síndrome DRGE extra-esofágica (laringite, tosse crónica ou asma), associada a síndrome esofágica, é efetuada avaliação da resposta ao tratamento até às 12 semanas; reavaliação com periodicidade definida de acordo com situação clínica e contexto individual, em caso de tratamento contínuo				
Existe evidência de que na pessoa, a prescrição de manometria esofágica e de monitorização ambulatoria do refluxo, é acompanhada de informação clínica e transcrição ou cópia dos relatórios de meios complementares de diagnóstico (MCDT), efetuados previamente				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
A: Monitorização Ambulatoria de Refluxo				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que na pessoa, a monitorização ambulatoria de refluxo é efetuada, através da prescrição e realização de pHmetria esofágica de 24 horas, ou impedância-pHmetria esofágica de 24 horas: com suspensão do tratamento com inibidores da bomba de protões (IBP), por pHmetria ou impedância-pHmetria; sob tratamento com IBP, por impedância-pHmetria				
Existe evidência de que na pessoa, a monitorização ambulatoria de refluxo a monitorização ambulatoria de refluxo, é precedida de manometria esofágica para a localização do esfíncter esofágico inferior (EEI) e posicionamento correto do cateter de monitorização ambulatoria de refluxo				
Existe evidência de que na pessoa a monitorização ambulatoria de refluxo, através da prescrição e realização de pHmetria esofágica de 24 horas ou impedância-pHmetria esofágica de 24 horas, é nas seguintes situações clínicas: confirmação do diagnóstico em pessoas com sintomas típicos de DRGE sem evidência endoscópica de esofagite ou complicação do refluxo gastro esofágico (RGE), antes de realizar tratamento cirúrgico ou endoscópico; na presença de sintomas atípicos e/ou extra-esofágicos (antes do teste terapêutico na ausência de sintomas típicos de DRGE; para avaliação da causalidade dos sintomas); em dúvidas de diagnóstico, devidamente fundamentadas no processo clínico; para avaliação quando existe recidiva de sintomas após cirurgia anti refluxo, nos quais se suspeita de persistência de RGE patológico				
Existe evidência de que na pessoa não é prescrita monitorização ambulatoria de refluxo, para estabelecer o diagnóstico de DRGE na presença de esófago de Barrett (segmento curto ou longo)				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
B: Impedância-pHmetria Esofágica de 24 Horas				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que na pessoa a monitorização ambulatoria de refluxo é prescrita e realizada por impedância-pHmetria esofágica de 24 horas quando apresenta: sintomas sugestivos de doença do refluxo gastro esofágico (DRGE), sem evidência endoscópica de esofagite e pHmetria esofágica normal; esclarecimento do diagnóstico de sintomas sugestivos de refluxo gastro esofágico (RGE), com suspeita de RGE Não-Ácido; sintomas típicos de DRGE que não apresentam resposta satisfatória aos inibidores da bomba de protões (IBP), para avaliação da sua correlação com episódios de refluxo				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
C: Manometria Esofágica				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que na pessoa, a manometria esofágica é prescrita e realizada nas seguintes situações clínicas: para esclarecimento da disfagia na ausência de lesões endoscópicas; avaliação prévia a cirurgia de refluxo, para				

exclusão de perturbação motora esofágica primária ou secundária (ex: acalásia, esclerodermia ou outras)				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
7: Referenciação				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que a referenciação a consulta de especialidade hospitalar de gastroenterologia, a efetivar no prazo máximo de 120 dias, é realizada quando a pessoa apresenta: doença do refluxo gastro esofágico (DRGE) refratária à terapêutica médica, definida como a persistência de sintomas apesar de adequado tratamento com IBP8 (ver pontos 13, 14 e 15 da presente Norma); indicação para monitorização ambulatória de refluxo (ver pontos 8 e 9 da presente Norma)				
Existe evidência de que a referenciação a consulta de especialidade hospitalar de gastroenterologia ou cirurgia geral, a efetivar no prazo máximo de 30 dias, é realizada quando a pessoa apresenta: hemorragia com repercussão clínica; carcinoma ou displasia de alto grau; estenose esofágica				
Existe evidência de que a referenciação a consulta de especialidade hospitalar de cirurgia geral, a efetivar no prazo máximo de 120 dias, é realizada quando a pessoa apresenta indicação cirúrgica, nos termos do ponto 16 da presente Norma				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			

Avaliação de cada padrão: $x = \frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ de } \dots\%$

25.O conteúdo da presente Norma foi validado cientificamente pela Comissão Científica de Boas práticas Clínicas e será atualizado sempre que a evidência científica assim o determine.

26.A presente Norma é complementada com o seguinte texto de apoio que orienta e fundamenta a sua implementação.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

TEXTO DE APOIO

Conceitos, definições e orientações

- A. A Tabela de evidência, é a utilizada pela *European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis* ¹¹.
- B. A doença do refluxo gastro esofágico (DRGE) é definida como um espectro variável de sintomas associados ou não a lesões da mucosa, que resultam do fluxo retrógrado de parte do conteúdo gastroduodenal para o esófago e/ou órgãos adjacentes¹⁻⁷.
- C. Classificação da DRGE:
- 1) Há uma mudança conceptual na classificação das manifestações de doenças relacionadas com a DRGE na medida em que é apresentada como um conjunto de síndromes;
 - 2) Segundo os consensos de Montreal¹, a DRGE poderá ser dividida, em síndromes esofágicas e síndromes extra-esofágicas (Anexo I, Quadro I):
 - a) Dentro das síndromes esofágicas, numa primeira fase, as pessoas são classificadas como tendo síndromes sintomáticas, significando que apresentam sintomas típicos de refluxo (ardor retrosternal denominado azia/pirose, e/ou regurgitação) ou dor torácica. Após estudo complementar, com endoscopia digestiva e histologia, é determinado se apresentam lesão da mucosa esofágica – síndromes com lesão esofágica – caracterizada por: esofagite, estenose péptica, esófago de Barrett, adenocarcinoma;
 - b) Em relação às síndromes extra-esofágicas foi proposto que se considerassem dois subgrupos, consoante as provas de causalidade evidenciadas: as associações estabelecidas e associações propostas. São considerados síndromes extra-esofágicas com associações estabelecidas: S. Tosse de RGE, S. Laringite de RGE, S. Asma de RGE. São considerados síndromes extra-esofágicas com associações propostas: faringite, sinusite, fibrose pulmonar idiopática, otite média recorrente. De facto, as síndromes extra-esofágicas apresentam algumas características distintas das síndromes esofágicas como a diferente resposta à terapêutica anti refluxo e, na maioria das situações, a etiologia é multifatorial, em que o refluxo é apenas um cofator.
 - 3) A DRGE pode ainda ser classificada de acordo com a avaliação endoscópica em ^{2,5}:
 - a) Pessoas com evidência endoscópica de lesões erosivas (DRGE erosiva);

- b) Pessoas sem evidência endoscópica de lesões erosivas - doença do refluxo não-erosiva (DRNE);
- c) Pessoas com epitélio de Barrett e cuja abordagem clínica se reveste de características especiais¹².

C. Manifestações clínicas:

- 1) Os sinais e sintomas podem ser agrupados como típicos (pirose e regurgitação) ou atípicos (dor torácica não cardíaca e sintomas e sinais extra-esofágicos do foro da otorrinolaringologia, pulmonares ou orais). Os sintomas típicos podem estar ausentes na presença de manifestações extra-esofágicas de refluxo. O papel do refluxo nestas situações é frequentemente como cofator e não como a causa¹;
- 2) A severidade dos sintomas de refluxo não depende da presença de lesão da mucosa esofágica¹³. Para além da identificação dos sinais e sintomas presentes, permitindo a sua classificação, devem ser avaliadas as suas características, severidade, frequência e relação com eventuais fatores precipitantes ou de alívio, tais como a ingestão de alimentos e o seu tipo, a atividade física, a posição postural ou medidas terapêuticas já tomadas¹;
- 3) A frequência de sintomas, mesmo que ligeiros, duas ou mais vezes por semana relaciona-se com compromisso da qualidade de vida^{1,14-15}. A presença de sintomas noturnos e de distúrbios do sono associados, tem grande impacto e devem ser valorizados¹⁶;
- 4) A existência de sinais e sintomas de alarme (disfagia, odinofagia, emagrecimento, anemia ou hemorragia) devem levar à exclusão de complicações relacionadas com refluxo, ou com outros diagnósticos³;
- 5) Associadamente às manifestações de refluxo, podem estar presentes, outros sintomas (*globus*, ptilismo, náusea, enfartamento, dor abdominal, distensão abdominal ou flatulência), que não relacionados causalmente com refluxo, que não melhoraram com o seu tratamento eficaz.

D. Diagnóstico:

- 1) O diagnóstico da DRGE deve ser efetuado com base numa história de sintomatologia típica e numa resposta favorável a terapêutica médica antissecretora². Na maioria das pessoas, com sintomas típicos de DRGE não complicada, a prova terapêutica empírica é apropriada;

- 2) Numa apresentação inicial sugestiva de DRGE, a endoscopia só deve ser considerada de início na presença de sintomas atípicos, sintomas e sinais de alarme ou fatores de risco⁷⁶. Nestes casos, podem ser necessárias, também, outras modalidades de diagnóstico, tais como, monitorização ambulatória do refluxo e manometria esofágica;
- 3) No caso de a endoscopia detetar a presença de esofagite, não é habitualmente necessária a realização de biópsia. Nas seguintes circunstâncias, com o objetivo de excluir outros diagnósticos (como etiologias infecciosas ou lesões malignas), deverão ser obtidas biópsias da mucosa (eventualmente, citologia exfoliativa):
 - a) Estado imunocomprometido subjacente;
 - b) Presença de úlceras irregulares ou profundas;
 - c) Distribuição proximal da esofagite;
 - d) Presença de massa ou nodulação;
 - e) Presença de estenose irregular ou com aspeto sugestivo de malignidade.
- 4) As endoscopias de seguimento na DRGE, só estão indicadas nos casos de esofagite grave, ou presença de úlcera esofágica, ou ainda nas situações em que são necessárias biópsias adicionais, para esclarecimento do diagnóstico.

Nas pessoas com esofagite de refluxo (DRGE erosiva), a repetição da endoscopia só deve ser prescrita, na modificação ou persistência dos sintomas durante o tratamento médico, exceto nas situações clínicas mais graves, com esofagite severa C e D da Classificação de Los Angeles (Anexo I, Tabela 1)¹⁸.

E. Avaliação funcional:

- 1) É essencial distinguir entre investigação necessária para estabelecer o diagnóstico de DRGE e a necessária para estabelecer a opção terapêutica⁵;
- 2) A DRGE não erosiva (DRNE) é forma mais comum de apresentação clínica. Nestas pessoas a documentação de refluxo gastro esofágico patológico, bem como a correlação episódio de refluxo e sintoma, é fundamental para o diagnóstico da doença⁴;
- 3) A monitorização ambulatória do refluxo, é o único teste que permite confirmar o diagnóstico, pela documentação de RGE patológico e estabelecer a correlação entre os episódios de refluxo e os sintomas relatados pelos pacientes³⁻⁵. Possibilita ainda quantificar, caracterizar e classificar

o padrão de refluxo do conteúdo gástrico para o esófago (RGE), bem como estabelecer a correlação entre os episódios de refluxo e os sintomas relatados pelos pacientes, podendo ser realizada por diferentes métodos, (pHmetria esofágica de 24 horas, Impedância/pHmetria esofágica de 24 horas)^{3-4,19};

- 4) É fundamental esclarecer a participação do RGE na etiologia dos sintomas antes de propor cirurgia anti refluxo ou tratamento endoscópico, particularmente na presença de sintomas atípicos ou extra-esofágicos. A evidência de associação entre episódios de refluxo e os sintomas anotados (índice de Sintomas (IS), probabilidade de associação de sintomas (SAP)) reforça significativamente o papel da DRGE na gênese das queixas clínicas, especialmente na presença de sintomas atípicos. Os estudos funcionais são determinantes na seleção das pessoas com indicação cirúrgica³;
- 5) A pessoa com clínica sugestiva de DRGE necessita de confirmação do diagnóstico e caracterização da doença, através de exames objetivos, antes de se proceder a tratamento cirúrgico ou endoscópico invasivo. A documentação objetiva pré-operatória de RGE é mandatória³;
- 6) Nas pessoas com sintomas refratários aos IBP, a forma de apresentação clínica vai condicionar a realização da monitorização ambulatória do refluxo com ou sem supressão ácida²⁰⁻²¹;
- 7) A impedância/pHmetria esofágica ambulatória, regista o fluxo retrógrado de conteúdo gástrico, independentemente do seu pH. Quando combinado com a pHmetria, é o exame com maior acuidade no diagnóstico de DRGE, com importância clínica relevante, porque permite detetar, quantificar e caracterizar o RGE ácido, pouco ácido e pouco alcalino²¹;
- 8) A realização da impedância/pHmetria, tem por objetivo o diagnóstico do RGE (ácido e não ácido), avaliar a extensão do refluxo no esófago, correlacionar a sintomatologia com os episódios de RGE e determinar a *clearance* esofágica^{10,23-24};
- 9) Pessoas com refluxo bipo-posicional (ortostático e decúbite), refluxo misto (ácido e não ácido) têm risco de progressão da doença, a que está associado pior prognóstico. A cirurgia anti refluxo deve ser considerada nestes casos, porque existem benefícios estimados com a cirurgia, versus tratamento médico.

10) Nas pessoas com sintomas refratários aos IBP após otimização da dose terapêutica, a monitorização ambulatória do refluxo, permite avaliar a sua correlação com o tipo de RGE e estratificar, contribuindo para a orientação terapêutica, em pessoas com:

- a) Refluxo ácido residual;
- b) Refluxo não ácido e pirose funcional²¹.

11) A manometria esofágica avalia o peristaltismo do corpo esofágico, as alterações da motilidade do esófago, primárias e secundárias, bem como a localização e competência dos esfíncteres superior e inferior:

- a) Permite documentar duas das causas fisiopatológicas *major* da DRGE, a falência do esfíncter esofágico inferior (EEI) e a motilidade esofágica ineficaz mas, tem valor limitado no diagnóstico, porque estes parâmetros não têm especificidade suficiente para o diagnóstico^{3,5};
- b) Avalia a competência do EEI, sendo útil na sua localização, o que é importante para a colocação precisa de sondas para realização da monitorização ambulatória do refluxo³;
- c) Tem importância clínica relevante no diagnóstico diferencial de doenças esofágicas motoras que podem mimetizar os sintomas de DRGE ou coexistir;
- d) Tem importância na avaliação pré-operatória de pessoas com indicação para cirurgia anti refluxo, para se excluir doenças da motilidade esofágica (acalásia e esclerodermia), que contraindiquem a cirurgia anti refluxo³⁻⁴;
- e) Tem importante contributo na avaliação de recidiva de sintomas, ou sintomas refratários, após tratamento cirúrgico/endoscópico e no esclarecimento da disfagia pós-cirurgia anti refluxo;

12) Trata-se de técnicas quase isentas de complicações, devendo ser implementados procedimentos, no sentido de proporcionar à pessoa um exame em que a tolerância seja máxima e o risco de complicações mínimo.

F. Estratégia terapêutica:

1) A terapêutica da DRGE deverá ser titulada à sua gravidade e características, definindo-se objetivos específicos, que passam pelo alívio dos sintomas de refluxo, pela cicatrização de lesões, pela prevenção da recorrência e pelo tratamento e prevenção de complicações;

2) Como modalidades terapêuticas, dispomos de medidas gerais, terapêuticas farmacológicas, tratamentos endoscópicos e tratamentos cirúrgicos. De modo variável, atuam reduzindo a acidez do refluxado, ou o seu volume.

3) Medidas gerais:

a) As mudanças de estilos de vida e intervenções dietéticas, podem ajudar a reduzir o refluxo e a diminuir os sintomas. Podem ser suficientes em pessoas com queixas ligeiras ou ocasionais, nomeadamente quando são identificáveis desvios a preceder a ocorrência de sintomas. Estas medidas devem ser individualizadas⁷:

- i. Promover a perda de peso se obesidade;
- ii. Aconselhar a elevação da cabeceira da cama, se sintomas de pirose ou regurgitação noturna, evitando refeições tardias ou de grande volume antes de deitar ou reclinar.

b) A evicção de substâncias ou alimentos, que podem promover o refluxo (cafeína, álcool, tabaco, mentol, chocolate, alimentos gordos ou fritos, condimentados ou ácidos) pode ser útil, mas a sua eliminação global e indiscriminada, não pode ser recomendada como tratamento da DRGE³.

4) Tratamento farmacológico:

a) No tratamento da DRGE são utilizados, antiácidos e anti secretores (antagonistas dos recetores H₂ e IBP) em doses, frequências e durações variáveis. Dependendo da sua eficácia e características farmacológicas, podem ser usados em tratamentos agudos, intermitentes ou contínuos, consoante o tipo de DRGE;

b) A utilização de outros fármacos, procinéticos ou inibidores de refluxo (baclofeno), na DRGE está limitada pela sua eficácia e efeitos colaterais, não devendo ser usados sem avaliação diagnóstica prévia³;

c) Os antiácidos, isolados ou em combinação com alginato, são eficazes no alívio rápido, mas transitório, dos sintomas, não curando a esofagite. Servem apenas como alternativa em sintomas intermitentes, ou como complemento pontual a outros tratamentos;

d) Os antagonistas dos recetores H₂ têm um início de ação mais rápido que os IBP, mas são menos eficazes no alívio sintomático e cicatrização da esofagite. O desenvolvimento de

taquifilaxia ao fim de algumas semanas, limita a sua utilização em tratamentos prolongados, isoladamente ou em associação com IBP em dose noturna³;

- e) No caso de sintomas ligeiros, as medidas gerais, em conjunto com antiácidos e antagonistas dos recetores H₂ da histamina, podem ser suficientes⁸;
- f) As pessoas devem ser aconselhadas a contactar o médico, caso necessitem de terapêutica sintomática com muita frequência⁸;
- g) Os IBP são os fármacos mais eficazes⁷, não havendo diferenças entre as várias drogas disponíveis⁸. A paragem do IBP, numa minoria de pessoas, pode levar a efeito *rebound* transitório, sendo aconselhada a sua interrupção gradual²⁵;
- h) Em pessoas com resposta sintomática incompleta à terapêutica com IBP uma vez por dia, o aumento da dose para duas vezes por dia, ou a mudança para outro IBP, pode resultar num alívio sintomático adicional;
- i) O tratamento de manutenção com IBP, deverá ser indicado após a dilatação de estenose péptica, para reduzir a necessidade de dilatações repetidas³;
- j) Os sintomas em pessoas com epitélio de Barrett deverão ser tratados da mesma maneira que em pessoas com DRGE sem Barrett³.

5) Tratamento cirúrgico:

- a) DRGE refratária à terapêutica médica, definida como a persistência de sintomas apesar de adequado tratamento com IBP⁸
- a) Hemorragia com repercussão clínica
- b) Carcinoma ou displasia de alto grau;
- c) Estenose esofágica.

Fundamentação

A. A doença do refluxo gastro esofágico (DRGE) é a doença crónica mais comum do trato digestivo alto e é motivo frequente de consulta médica, designadamente na medicina geral e familiar, gastroenterologia, medicina interna, otorrinolaringologia, pneumologia, cardiologia, estomatologia/medicina dentária, e cirurgia geral, dado o envolvimento e a repercussão do refluxo

gastro esofágico (RGE), pelo largo espectro clínico que apresenta, incluindo as manifestações clínicas e as lesões ou complicações da mucosa, secundárias ao RGE.

- B. Os estudos epidemiológicos da prevalência da DRGE evidenciam grande variabilidade geográfica e baseiam-se nos sintomas típicos de pirose e regurgitação. É máxima nos países Ocidentais, onde está presente em 10 a 20% dos adultos. A DRGE é uma situação clínica frequente, de grande importância, pela elevada e crescente incidência, manifestando-se por tempo prolongado, ser recidivante e com interferência significativa na qualidade de vida²⁶.
- C. A deteção, por endoscopia, dos sinais típicos da esofagite de refluxo é diagnóstica de DRGE, tendo uma especificidade de 90% a 95%²⁷.
- D. No caso de a endoscopia ter detetado sinais de esofagite de refluxo, na descrição dos achados encontrados, deverá ser incluída uma graduação de acordo com um sistema de classificação da gravidade endoscópica da esofagite de refluxo e das complicações associadas. Dos diferentes sistemas de graduação existentes, a presente Norma adota a Classificação de Los Angeles (Anexo I, Tabela 1), uma vez que esta apresenta uma excelente concordância entre diferentes observadores²⁸.
- E. Não existe correlação entre a intensidade dos sintomas de refluxo e a severidade dos achados endoscópicos. De facto, pelo menos 50% das pessoas com sintomas sugestivos de RGE apresentam um estudo endoscópico normal (DRGE não erosiva). Este facto leva à recomendação de proceder a terapêutica anti secretora, nas pessoas com sintomas típicos de refluxo, independentemente dos resultados do estudo endoscópico²⁹.
- F. O esófago de Barrett é uma situação caracterizada pela substituição do habitual epitélio pavimentoso do esófago distal, por um epitélio cilíndrico anormal, com metaplasia intestinal especializada. Tem propensão para o desenvolvimento de alterações malignas, com formação de displasia e, ulteriormente, de adenocarcinoma, conferindo um risco relativo 11,3 vezes superior ao da população geral²⁹. Tem uma elevada prevalência na população ocidental, sendo detetado em 10 a 15% das pessoas submetidos a endoscopia por DRGE e frequentemente encontrado em indivíduos sem sintomas de refluxo³⁰. O papel da endoscopia na sua deteção e vigilância, com estudo histológico, é reconhecido, sendo alvo de controvérsia e merecendo a instituição de normas de recomendação³².
- G. Uma das complicações da doença de refluxo é o desenvolvimento de estenoses esofágicas. Habitualmente associam-se a disfagia, estando a endoscopia indicada, em todas as pessoas que desenvolvem esse sintoma. A deteção endoscópica de uma estenose implica a realização de biopsias,

com o objetivo de detetar a sua eventual associação com neoplasia ou outras situações, que podem ser encontradas em pessoas com DRGE, como a esofagite eosinófila. Uma vez excluída a sua associação com malignidade, constitui frequentemente uma indicação para tratamento endoscópico, por técnicas de dilatação ou, eventualmente de próteses, que deverão ser objeto de normas de recomendação³³.

- H. Vários métodos endoscópicos têm sido aplicados, ou estão em desenvolvimento, para o tratamento da DRGE³⁴. No entanto, devido à falta de standardização e de correta avaliação da eficácia, não podem ainda ser recomendados, como alternativa à funduplicatura laparoscópica.
- I. A pHmetria esofágica ambulatoria é um método com elevada especificidade, mas baixa sensibilidade no diagnóstico de DRGE, reconhece-se hoje que o refluxo não ácido, tem um papel importante na persistência de sintomas refratários aos IBP e que mais de 30% das pessoas com NERD têm refluxo não ácido. O RGE pós-prandial, fase em que a acidez está tamponada pelos alimentos, ou durante tratamento com IBP, é essencialmente não ácido, e portanto, dificilmente detetado pela pHmetria. Essa limitação criou a necessidade de desenvolvimento de uma técnica capaz de detetar o RGE não ácido^{19,34-36}.
- J. Para alguns autores, a avaliação pré-operatória da função peristáltica tem importância clínica, na escolha do tipo de valvuloplastia (funduplicatura parcial/total) baseada na motilidade esofágica ineficaz, *versus* motilidade normal. A avaliação do *status* funcional esofágico, é não só importante para orientação terapêutica, mas também fornece um bom parâmetro referencial pré-operatório^{2,19}:
- 1) O seu papel é determinante, com valor preditivo na evolução da doença e como marcador de gravidade/índice prognóstico, com implicações na orientação terapêutica⁵;
 - 2) As pessoas com falência do EEI e/ou com motilidade esofágica ineficaz, têm maior risco de complicações/recidiva e de insucesso da terapêutica médica, sendo que a cirurgia antirefluxo, deve ser considerada nestes casos, porque existem benefícios estimados com a cirurgia, *versus* tratamento médico⁵.

Avaliação

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria externa e interna.

- B. A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacto da presente Norma, é da responsabilidade das administrações regionais de saúde (ARS) e dos dirigentes máximos das unidades de saúde (inserir o aplicável).
- C. A implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento, é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde, e das direções clínicas dos hospitais (Inserir o aplicável).
- D. A implementação da presente Norma, pode ser monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:
- 1) Proporção de pessoas com suspeita de DRGE e meios complementares de diagnósticos prescritos (endoscopia digestiva alta):
 - a) N.º de pessoas com suspeita de DRGE e meios complementares de diagnósticos prescritos (endoscopia digestiva alta) no período considerado;
 - b) N.º total de pessoas (≥ 18 anos) com suspeita de DRGE no mesmo período.
 - 2) Proporção de pessoas com suspeita de DRGE e com prescrição de manometria e com prescrição de monitorização ambulatória (pH- impedância):
 - a) N.º total de pessoas com suspeita de DRGE e com prescrição de manometria e com prescrição de monitorização ambulatória (pH- impedância) no período considerado;
 - b) N.º total de pessoas (≥ 18 anos) com suspeita de DRGE no mesmo período.
 - 3) Proporção de pessoas com diagnóstico de DRGE e com resposta terapêutica ao tratamento:
 - a) N.º de pessoas com diagnóstico de DRGE e com resposta terapêutica ao tratamento no período considerado;
 - b) N.º total de pessoas (≥ 18 anos) com diagnóstico de DRGE no mesmo período.
 - 4) Proporção de pessoas com diagnóstico de DRGE e com prescrição de manometria e com prescrição de monitorização ambulatória (pH- impedância):
 - a) N.º total de pessoas com diagnóstico de DRGE e com prescrição de manometria e com prescrição de monitorização ambulatória (pH- impedância) no período considerado;
 - b) N.º total de pessoas (≥ 18 anos) com diagnóstico de DRGE no mesmo período.

- 5) Proporção de pessoas com diagnóstico de DRGE referenciadas a consulta de gastroenterologia ou cirurgia:
- a) N.º total de pessoas com diagnóstico de DRGE referenciadas a consulta de gastroenterologia ou cirurgia no período considerado;
 - b) N.º total de pessoas com diagnóstico de DRGE no mesmo período.
- 6) Proporção de pessoas com diagnóstico de DRGE e com tratamento cirúrgico:
- a) N.º total de pessoas com diagnóstico de DRGE e com tratamento cirúrgico no período considerado;
 - b) N.º total de pessoas (≥ 18 anos) com diagnóstico de DRGE no mesmo período.

Comité Científico

- A. A presente Norma foi elaborada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e do Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios de Especialidade, ao abrigo do protocolo existente entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos.
- B. A elaboração da proposta da presente Norma foi efetuada por Jorge Maciel Barbosa (coordenação científica), Miguel Mascarenhas Saraiva, Paulo Souto, Luís Novais, Manuela Balsinha, Rosa Simão e Carlos Nascimento.
- C. Todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma, cumpriram o determinado pelo Decreto-Lei n.º 14/2014 de 22 de janeiro, no que se refere à declaração de inexistência de incompatibilidades.
- D. A avaliação científica do conteúdo final da presente Norma, foi efetuada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde.

Coordenação executiva

A coordenação executiva da atual versão da presente Norma foi assegurada por Cristina Martins d'Arrábida.

Coordenação técnica

A coordenação técnica da atual versão da presente Norma foi assegurada por Cristina Ribeiro Gomes.

Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas

Pelo Despacho n.º 8468/2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 23 de maio, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 149, de 3 de agosto de 2015, a Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas tem como missão a validação científica do conteúdo das Normas de Orientação Clínica emitidas pela Direção-Geral da Saúde. Nesta Comissão, a representação do Departamento da Qualidade na Saúde, é assegurada por Carlos Santos Moreira.

Siglas/Acrónimos

Sigla/Acrónimo	Designação
RGE	Refluxo gastro esofágico
DRGE	Doença de refluxo gastro esofágico
DRNE	Doença de refluxo não erosiva
MCDT	Meios complementares de diagnóstico e tratamento
IBP	Inibidor da bomba de prótons
EEL	Esfíncter esofágico inferior

Referências Bibliográficas

1. Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, et al; *Global Consensus Group. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus.* Am J Gastroenterol. 2006; 101:1900-20.
2. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. *Role of endoscopy in the management of GERD.* Gastrointest Endosc 2007; 66:219-233.
3. Katz, P.O., L.B. Gerson, M.F. Vela, *Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease.* Am J Gastroenterol, 2013;108 308-28
4. Stefanidis, D., et al., *Guidelines for surgical treatment of gastroesophageal reflux disease.* Surg Endosc, 2010; 24: 2647-69.

5. Fuchs, K.H., et al., *EAES recommendations for the management of gastroesophageal reflux disease*. Surg Endosc, 2014; 28: 1753-73.
6. Keith B, Trudgil NJ. *Guidelines for oesophageal manometry and pH monitoring*. BSG Guidelines in Gastroenterology 2006
7. Kahrilas PJ, Shaheen NJ, Vaezi MF et al. American Gastroenterological Association Medical Position Statement on the management of gastroesophageal reflux disease. Gastroenterology 2008; 135: 1383-91.
8. DGS Norma nº 036 / 2011 (Supressão Ácida: Utilização dos Inibidores da Bomba de Protões e das suas Alternativas Terapêuticas).
9. Muthusamy, Lightdale, Acosta et al. *The role of endoscopy in the management of GERD*. Gastrointest Endosc. 2015; 81; 1305-10.
10. *Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) Guideline*. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. <http://www.worldgastroenterology.org/wgo-foundation/wdhd/wdhd-2015>.
11. *European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis: Overview and introduction to the full Supplement publication*. Endoscopy. 2013; 45: 51-9.
12. Johnston F, Joelson B, Gudmundsson K, et al. *Symptoms and endoscopic findings in the diagnosis of gastroesophageal reflux disease*. Scand J Gastroenterology 1987; 22:714.
13. Modlin IM, Moss SF. *Symptom evaluation in gastroesophageal reflux disease*. J Clin Gastroenterol 2008;42:558-63.
14. Dent J, Armstrong D, Delaney B, et al. *Symptom evaluation in reflux disease: workshop background, processes, terminology, recommendations, and discussion outputs*. Gut 2004;53 Suppl 4:1-24.
15. Becher A, El-Serag H. *Systematic review: the association between symptomatic response to proton pump inhibitors and health-related quality of life in patients with gastro-oesophageal reflux disease*. Aliment Pharmacol Ther 2011; 34: 618-27.
16. Gerson LB, Fass R. *A systematic review of the definitions, prevalence, and response to treatment of nocturnal gastroesophageal reflux disease*. Clin Gastroenterol Hepatol 2009 ; 7 : 372-8.
17. Lundell LR, Dent J, Bennett JR, et al. *Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification*. Gut 1999;45:172-80.

18. Hanna S, Rastogi A, Weston AP, et al. *Detection of Barrett's esophagus after endoscopic healing of erosive esophagitis*. Am J Gastroenterol 2006;101:1416-20.
19. Worrell, S.G., C.L. Greene, and T.R. DeMeester, *The state of surgical treatment of gastroesophageal reflux disease after five decades*. J Am Coll Surg, 2014. 219: 819-30.
20. Vela, M.F., *Diagnostic work-up of GERD*. Gastrointest Endosc Clin N Am, 2014. 24: 655-66.
21. Carlson, D.A. and J.E. Pandolfino, *Acid and nonacid reflux monitoring*. Gastroenterol Clin North Am, 2014. 43: 89-104.
22. Kauer, W.K. and H.J. Stein, *Emerging concepts of bile reflux in the constellation of gastroesophageal reflux disease*. J Gastrointest Surg, 2010. 14 Suppl 1: S9-16.
23. Gawron, A.J. and I. Hirano, *Advances in diagnostic testing for gastroesophageal reflux disease*. World J Gastroenterol, 2010. 16: 3750-6.
24. Hila, A., A. Agrawal, and D.O. Castell, *Combined multichannel intraluminal impedance and pH esophageal testing compared to pH alone for diagnosing both acid and weakly acidic gastroesophageal reflux*. Clin Gastroenterol Hepatol, 2007. 5: 172-7.
25. Niv Y. *Gradual cessation of proton pump inhibitor (PPI) treatment may prevent rebound acid secretion, measured by the alkaline tide method, in dyspepsia and reflux patients*. Med Hypotheses 2011;77:451-2
26. Dent J, Serag HB, Wallander MA et al. *Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review*. Gut 2002; 54:710-771.
27. Richter JE. *Diagnostic tests for gastroesophageal reflux disease*. Am J Med Sci 2003;326:300-8.
28. Rath HC, Timmer A, Kunkel C, et al. *Comparison of interobserver agreement for different scoring systems for reflux esophagitis; impact of level of experience*. Gastrointest Endosc 2004;60:44-9.
29. Ronkainen J, Aro P, Storskrubb T, et al. *High prevalence of gastroesophageal reflux symptoms and esophagitis with or without symptoms in the general adult Swedish population. A Kalixanda study report*. Scand J Gastroenterol 2005;40:275-80.
30. Hvid-Jensen F, Pedersen L, Drewes AM, et al. *Incidence of adenocarcinoma among patients with Barrett's esophagus*. N Engl J Med 2011;365: 1375-83.

31. Singh S, Manickam P, Amin AV, Samala N, Schouten LJ, Iyer PG, Desai TK. *Incidence of esophageal adenocarcinoma in Barrett's esophagus with low-grade dysplasia: a systematic review and meta-analysis*. *Gastrointest Endosc*. 2014;79:897-909.
32. Fitzgerald RC, di Pietro M, Ragnath K, Ang Y, Kang JY, Watson P, Trudgill N, Patel P, Kaye PV, Sanders S, et al. *British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of Barrett's oesophagus*. *Gut*.2014;63:7-42.
33. ASGE Standards of Practice Committee. *The role of endoscopy in the evaluation and management of dysphagia*. *Gastrointest Endosc*. 2014;79:191-201
34. Hopkins J, Switzer NJ, Karmali S. *Update on novel endoscopic therapies to treat gastroesophageal reflux disease: A review*. *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*. 2015;7:1039-44.
35. Hershcovici T, Fass R. *Step-by-step management of refractory gastroesophageal reflux disease*. *Dis Esophagus*, 2013. 26: 27-36.
36. Sifrim D, Zerbib F, *Diagnosis and management of patients with reflux symptoms refractory to proton pump inhibitors*. *Gut*, 2012. 61: 1340-54.

ANEXOS

Anexo I - Quadros, tabelas e gráficos

Quadro 1 - Doença de Refluxo Gastro esofágico - Consensos de Montreal

Doença de Refluxo Gastro esofágico - Consensos de Montreal			
Síndromes esofágicas		Síndromes extra-esofágicas	
Síndromes sintomáticos	Síndromes com esofagite	Associações estabelecidas	Associações propostas
<ul style="list-style-type: none"> Síndrome típica de refluxo Síndrome de dor torácica Síndrome de dor torácica de RGE 	<ul style="list-style-type: none"> Esofagite de RGE Estenose péptica Esófago de Barrett Adenocarcinoma do esófago 	<ul style="list-style-type: none"> S. Tosse de RGE S. Laringite de RGE S. Asma de RGE S. Erosões dentárias de RGE 	<ul style="list-style-type: none"> Faringite Sinusite Fibrose pulmonar idiopática Otite média recorrente

Fonte: (Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R; Global Consensus Group. *The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus*. Am J Gastroenterol. 2006 Aug; 101(8):1900-20).

Tabela 1 - Classificação endoscópica de esofagite – classificação de Los Angeles

Grau	Descrição
Grau A	Uma ou mais erosões, com \leq 5 mm de comprimento
Grau B	Erosões com $>$ 5 mm de comprimento, mas não contínuas entre os topos de duas pregas da mucosa
Grau C	Erosões contínuas entre os topos de duas pregas da mucosa, mas com envolvimento inferior a 75% da circunferência esofágica
Grau D	Erosões que envolvem pelo menos três quartos (75%) da circunferência luminal

Fonte: (Muthusamy, Lightdale, Acosta et al. *The role of endoscopy in the management of GERD*. Gastrointest Endosc. 2015; 81; 1305-10).