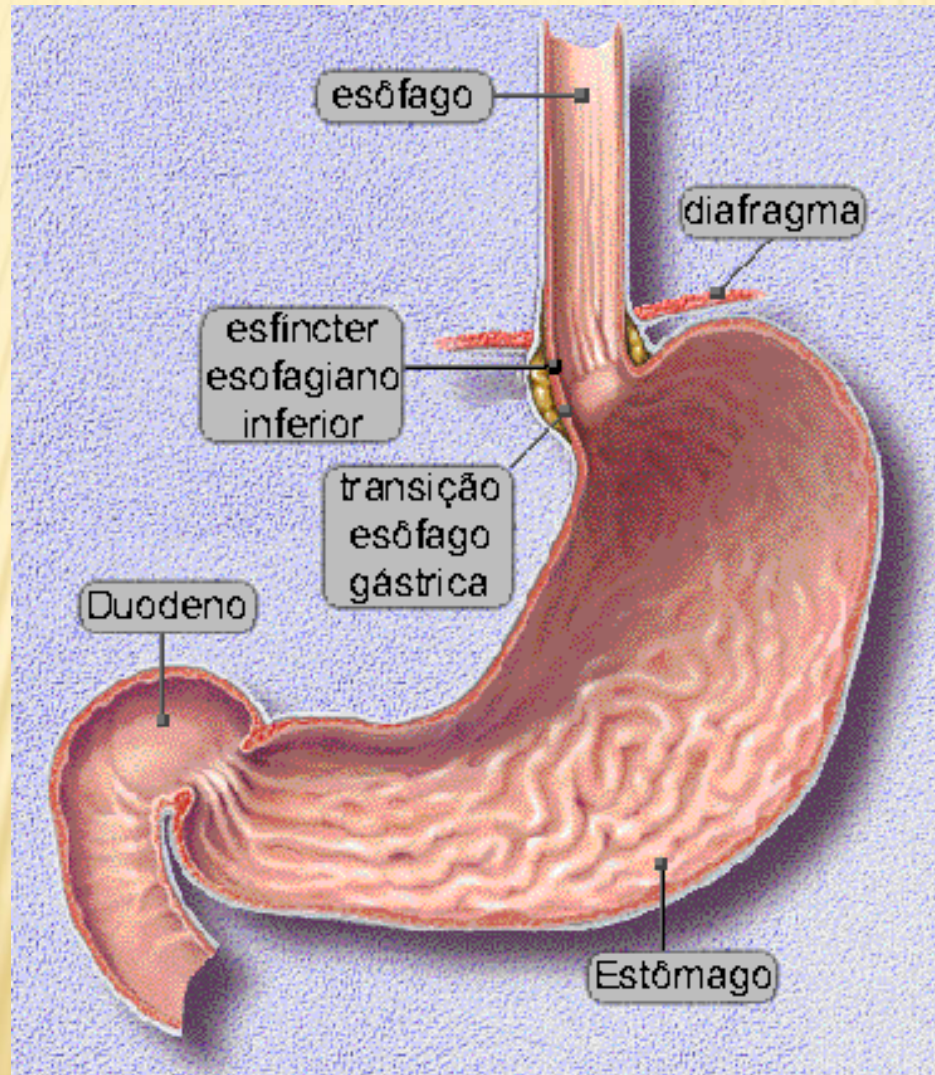


CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO REFLUXO GASTROESOFÁGICO



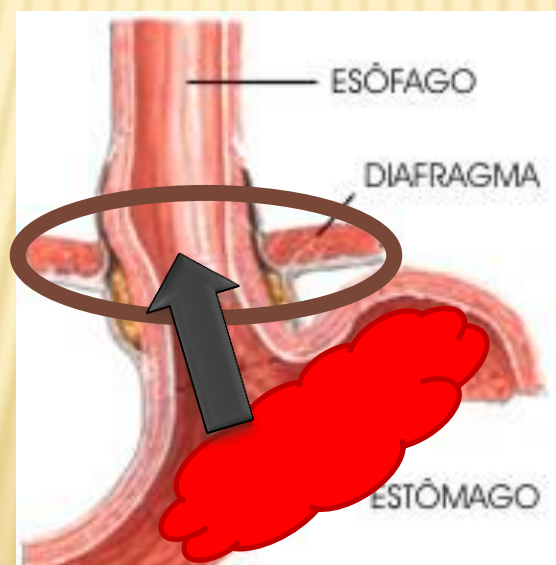
Laryssa Marinna Madeira de Andrade
Residente de Enfermagem em Neonatologia

ANATOMIA



REFLUXO GASTROESOFÁGICO

Doença que frequentemente possui uma evolução benigna caracterizada pelo retorno passivo e retrógrado do conteúdo gástrico para o esôfago com ou sem regurgitação.



Norton, 2000

REFLUXO GASTROESOFÁGICO

Geralmente ocorre por relaxamentos espontâneos e inapropriados do esfíncter esofágico inferior ou por seu afrouxamento natural.

O conteúdo gástrico refluído é composto potencialmente por ácido, alimentos, secreção biliar ou gás.

REFLUXO GASTROESOFÁGICO

20^a semana → Deglutição

39^a semana → maturação completa do esfíncter

Regurgitações

Nascimento aos 4 meses de idade

Resolução espontânea até 2 anos de idade

FATORES DE RISCO

- ✘ Prematuridade
- ✘ Asfixia ao nascer
- ✘ Desenvolvimento neurológico lento
- ✘ Esofagite
- ✘ Doenças Pulmonares Crônicas
- ✘ Medicamentos (aminofilina, cafeína, dopamina...)
 - + Relaxamento da musculatura lisa

FATORES DE RISCO

- ✘ Patologias cirúrgicas do TGI
 - + Atresia esofágica
 - + Fístula traqueoesofágica
 - + Gastrosquise e onfalocele
 - + Atresia duodenal
 - + Hérnia de hiato
 - + Estenose pilórica
 - + Hérnia diafragmática

EPIDEMIOLOGIA

- ✘ Principal condição gastroenterológica entre as crianças
- ✘ Mais prevalentes em meninos (sem significancia estatística)
- ✘ Entre os bebês que apresentem regurgitações frequentes preocupantes:
 - + 2% tem indicação de investigação;
 - + 0,4% necessitaram de cirurgia.

EPIDEMIOLOGIA

- ✘ 7 a 8% da população infantil (lactentes jovens)
- ✘ Presente em 50% das crianças menores de 4 meses e em 60% dos pré-termos.
- ✘ Incidência em RNPT e < de 1500g está entre 3 a 10%.

Margoto, 2013; Tamez 2013.

ETIOLOGIA

- ✘ Imaturidade do Esfíncter Esofagiano Inferior (EEI)
- ✘ Distensão gástrica
- ✘ Retardo do esvaziamento gástrico
- ✘ Osmolaridade do alimento oferecido
 - + hipertônicos
- ✘ Uso prolongado de sonda gástrica
- ✘ Prematuridade
- ✘ Distúrbios gástricos

CLASSIFICAÇÃO

× Fisiológico

- + Regurgitações ou vômitos
- + Mais comum nos primeiros meses de vida
- + Período pós-prandial → relaxamento do esfíncter esofágico inferior
- + Apresentam resolução espontânea
- + Sem repercussões na vida da criança
 - × Crescimento normal

CLASSIFICAÇÃO

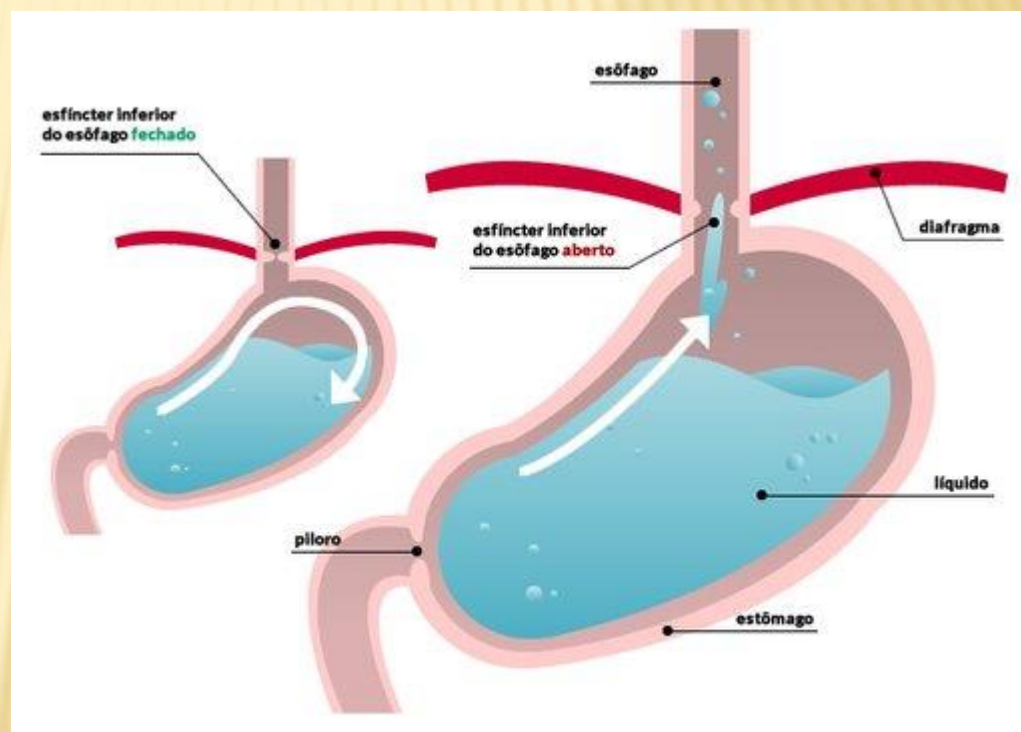
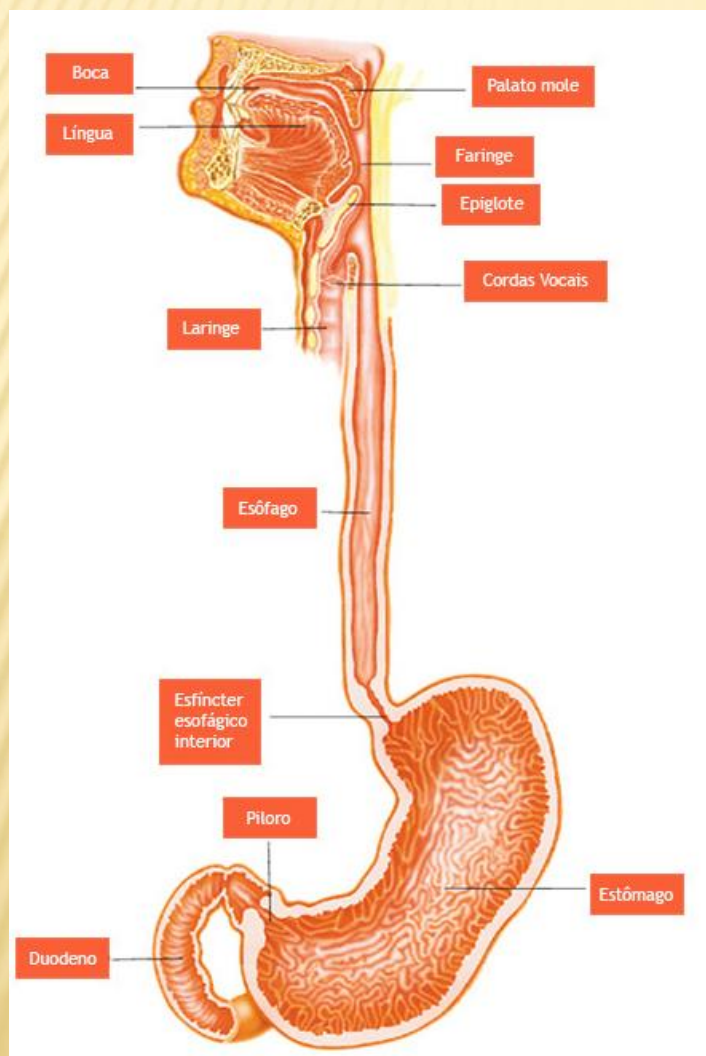
× Patológico

- + Doença do refluxo
- + Não melhoram após 6 meses de vida
- + Sem respostas às medidas anti refluxo
- + Repercussões: choro, irritabilidade ou inquietação, recusa alimentar, padrão de sono/repouso prejudicado, sinais e sintomas gastrintestinais e respiratórios.

CLASSIFICAÇÃO

- × Primário
 - + Disfunção da junção esofagogástrica
- × Secundário
 - + Existe causa subjacente que predispõe da doença
- × Oculto
 - + O material regurgitado não exterioriza causando manifestações respiratórias, otorrinolaringológicas/ou indicativas de esofagite.

REFLUXO GASTROESOFÁGICO



MECANISMOS ANTI REFLUXO

- × Ondas peristálticas
 - + Primárias : deglutição
 - + Secundárias: distensão esofágica
- × Epitélio estratificado e muco esofágico
 - + Proteção
- × Esfíncter esofágico inferior (EEI)
 - + Alta pressão (15 a 40mmHg)
 - + Impede o retorno do conteúdo gástrico

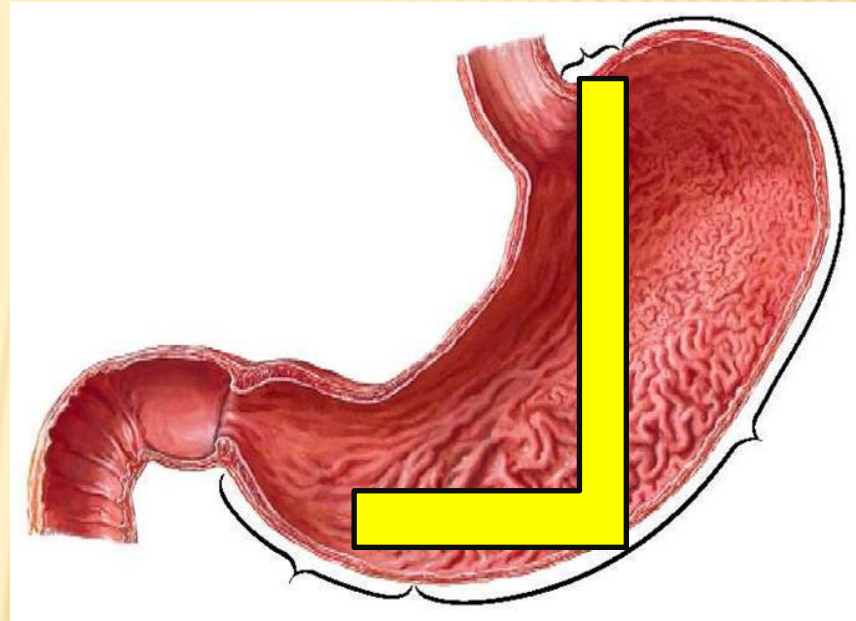
MECANISMOS ANTI REFLUXO

- ✘ Ligamento frenoesofágico
 - + Traciona o esófago para o abdome
 - + Impede a ação da pressão negativa intratorácica

- ✘ Diafragma Crural
 - + Hiato diafragmático
 - + Aumenta o tônus do Esfíncter esofágico inferior

MECANISMOS ANTI REFLUXO

- ✘ Ângulo de HIS
 - + RN mais obtuso
- ✘ Roseta Gástrica
 - + pregas



FISIOPATOLOGIA

× Recém nascidos

- + Imaturidade ou afrouxamento natural do EEI
- + Redução por volta de 4 a 6 meses
 - × Introdução de alimentos sólidos
 - × Adoção de postura ereta

FISIOPATOLOGIA

- ✘ Aumento da pressão intragástrica que supera a pressão do esfíncter esofágico inferior.
 - + Enchimento gástrico excessivo
 - + Pressão externa do abdome
 - ✘ Obesidade
 - ✘ Constipação
 - ✘ Inspiração profunda
 - + Dificuldade e retardo no esvaziamento gástrico

QUADRO CLÍNICO

1. Sinais e sintomas diretos ou próprios da DRGE
 - ✘ Irritação e choro contínuo
 - ✘ Vômitos frequentes
 - ✘ Perda de peso
 - ✘ Esofagite
 - ✘ Sono interrompido
 - ✘ Soluços e rouquidão

QUADRO CLÍNICO

2. Sinais e sintomas associados as complicações da DRGE
 - ✘ Pneumonia por aspiração
 - ✘ Apneia e bradicardia
 - + Nervo vago
 - + broncoaspiração
 - ✘ Broncoespasmo ou tosse noturna
 - ✘ Patologias otorrinolaringológicas

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Fisiológico – “Golfador Feliz”	Patológico “magricelo, guinchador”
Bom ganho de peso	Falha para crescer
Regurgitação não dolorosa	Regurgitação dolorosa com choro e/ou desconforto
Movimentos de sucção vigorosos	Movimentos de sucção débeis
Alimentação oral normal	Alimentação oral pobre, necessidade de gavagem
Boa coordenação na deglutição Êmese de leite	Êmese de leite coalhado, ácido, às vezes com sangue e/ou bile
Atividade e comportamento normais Neurologicamente normal	Atraso no desenvolvimento ou imaturidade Patologias do SNC podem estar presentes
Ausência	Doença respiratória, apneia ou bradicardia podem estar presentes
Doença respiratória Apneia ou bradicardia	
Anemia	Anemia Ferropriva
Esvaziamento Gástrico normal	Esvaziamento Gástrico com Resíduos

DIAGNÓSTICO

✘ História Clínica

- + Regurgitações frequentes
- + Exame físico sem alterações

RGE fisiológico

**Acompanhamento
clínico**

✘ História Clínica

- + Regurgitações frequentes
- + Ganho insuficiente de peso
- + Choro e irritabilidade
- + Doença Respiratória e/ou otorrinolaringológicas

RGE patológico

Exames confirmatórios

DIAGNÓSTICOS

- ✘ Rx de esôfago, estômago e duodeno (REED)
 - + Detecção de anormalidades anatômicas
 - + Estudo dinâmico (contrastado)
 - ✘ Alterações na motilidade
 - ✘ Espasmo esofágico
 - + Sensibilidade de 50 a 65% (40%)

- ✘ Manometria
 - + Medidas de pressão esofágica
 - + Requer colaboração

DIAGNÓSTICO

× Cintilografia

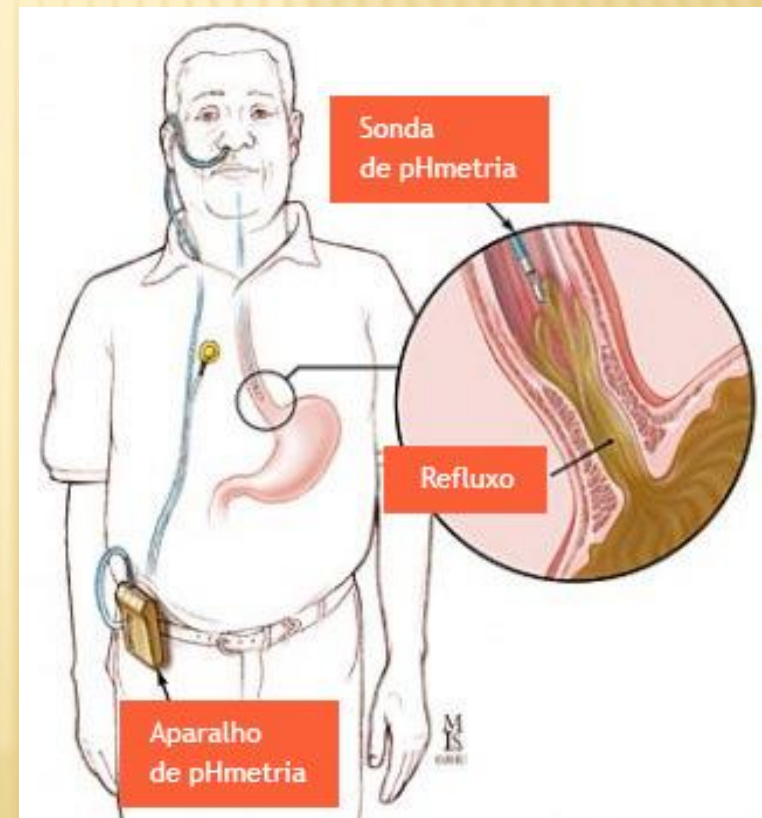
- + Adequada para avaliar o esvaziamento gástrico

× USG de esôfago

- + Diagnóstico de RGE oculto, refluxos neutros
- + Determinação do tempo de esvaziamento gástrico

DIAGNÓSTICO

- ✗ Endoscopia digestiva alta
 - + Não diagnostica o RGE e sim a esofagite
 - + Invasivo e requer sedação
 - + Casos graves
- ✗ Phmetria intra-esofágica
 - + Padrão ouro
 - + Sensibilidade e especificidade > 95%
 - + Nem todos os refluxos são ácidos



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- ✘ Obstruções mecânicas do TGI alto
- ✘ Alergias alimentares
 - + Proteína do leite da vaca
- ✘ Doenças infecciosas neurológicas
- ✘ Cólicas do lactente

TRATAMENTO

× Posicionamento

- + Elevação de 30° (1,5 a 2h após a dieta)

× Dieta

- + Leite Humano
- + Fracionamento (↓Volume, ↑frequência)
- + Fórmulas espessadas
- + Sonda Jejunal

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

× Procinéticos:

+ Aumentam a pressão do EEI, estimulam o peristaltismo e o esvaziamento gástrico

× Domperidona

× Bromoprida



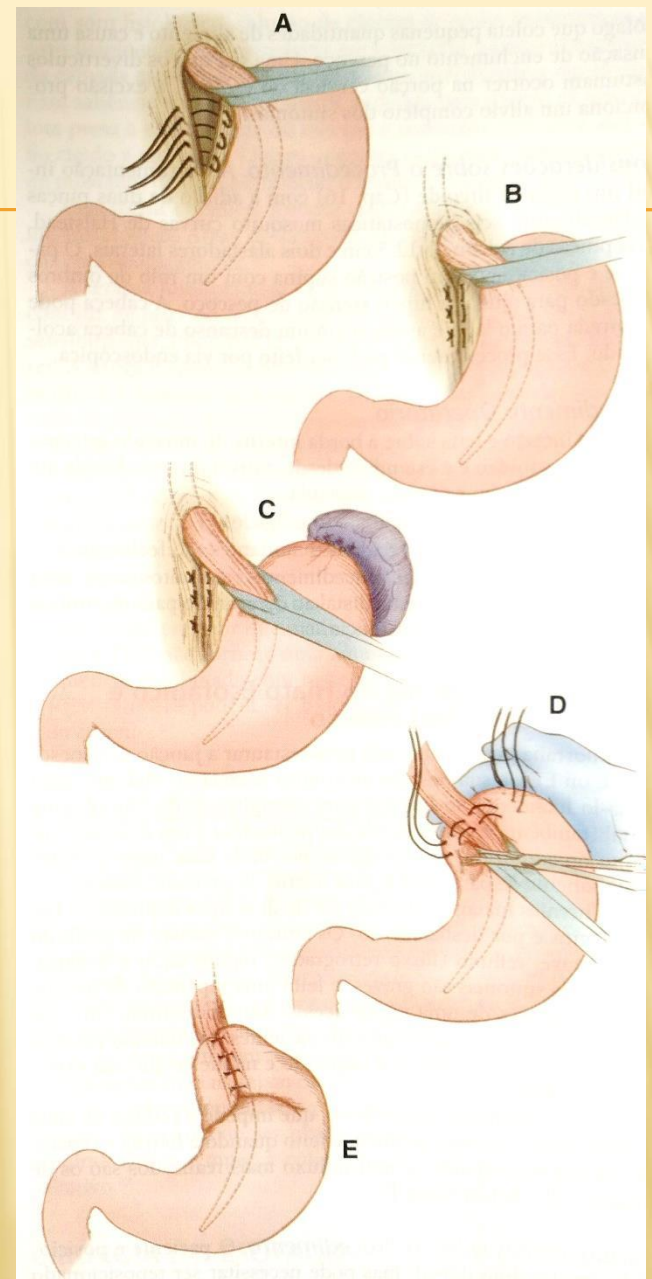
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

✘ Antiácidos

- + Neutralizam ou diminuem a acidez gástrica e conseqüentemente aumentam a motilidade do TGI
 - ✘ Gastrina
 - + Aumentam a pressão no EEI
 - + Inibem a secreção gástrica
-
- Antagonistas dos receptores de H₂ - Ranitidina
 - Bloqueadores dos canais de H⁺ - Omeprazol

TRATAMIENTO CIRÚRGICO

- ✘ Casos graves
 - ✘ Insucesso com tratamento conservador
- + Fundoaplicatura Gástrica



CUIDADOS DE ENFERMAGEM

DRGE FISIOLÓGICA

- ✘ Deglutição prejudicada relacionada a DRGE (ou uso de SOG) caracterizado por regurgitações
 - ✘ Risco de Aspiração relacionado ao DRGE.
 - ✘ Motilidade gastrointestinal disfuncional relacionado ao RGE/prematuridade caracterizado por regurgitações
-
- + Orientar os pais e/ou responsáveis sobre as medidas anti refluxo
 - + Orientar os pais e/ou responsáveis a observar comportamento do lactente.

DRGE PATOLÓGICA

- ✘ Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais relacionada ao RGE caracterizado por perda de peso e peso corporal abaixo do ideal.
- ✘ Risco de desequilíbrio hidroeletrolítico relacionado às regurgitações frequentes
- ✘ Motilidade gastrintestinal disfuncional relacionado ao RGE/prematuridade caracterizado por regurgitações, vômitos e dor abdominal

DREG PATOLÓGICA

✘ Cuidados

- + Gavar dieta em duas ou mais etapas
- + Manter cabeceira elevada no mínimo 30°
- + Administrar medicamentos conforme horários prescritos (antes das refeições e/ou em jejum)
- + Observar sinais de RGE



MEDIDAS ANTI-REFLUXO

MEDIDAS ANTI REFLUXO

- ✘ Orientação aos pais
 - + Adesão e compreensão da família
 - + Paciência diminuição da ansiedade
 - + Evitar a deglutição de ar
 - + Colocar o bebê para arrotar

- ✘ Decúbito lateral direito ou ventral (ou prona)
 - + Elevação de 30° da cabeceira
 - + Rigorosamente monitorizada.

- ✘ Decúbito ventral com elevação mínima de 30°

MEDIDAS ANTI REFLUXO

Tamanho e volume do estômago de um recém nascido



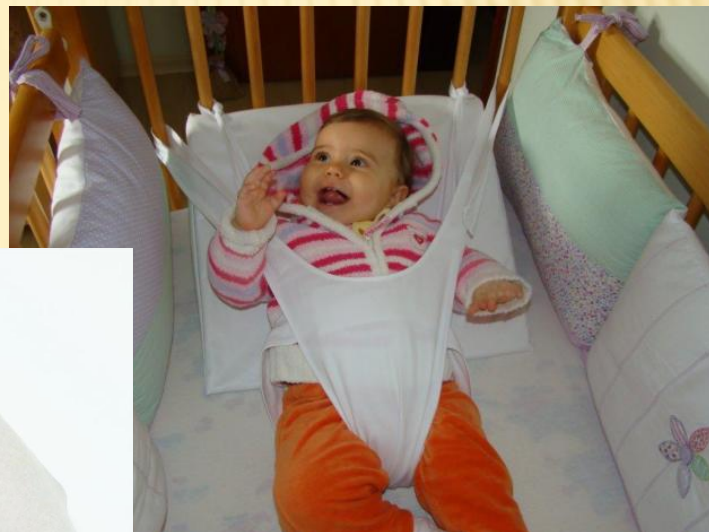
1º dia
Tamanho de
uma cereja
5-7 ml

3º dia
Tamanho de
uma noz
22-27 ml

Uma semana
Tamanho de
uma ameixa
45-60 ml

Um mês
Tamanho de um
ovo grande
80-150 ml

MEDIDAS ANTI REFLUXO



MEDIDAS ANTI REFLUXO



Margotto, 2013. Margotto, 2006. Tamez, 2013

MEDIDAS ANTI REFLUXO

Decúbito ventral / lateral direita

Aumenta e facilita o esvaziamento gástrico

Diminui o RGE

X

Decúbito dorsal

Bebê conforto → aumenta a frequência de RGE

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

Norton RS, Penna FJ. **Refluxo gastroesofágico.** *J Pediatr* 2000; 76 (suppl 2)

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014.** Porto Alegre: Artmed, 2012

Margotto, P. R (Org). **Assistência ao Recém Nascido de Risco.** 3 ed. Paulo Margotto: Brasília, 2013.

Margotto, P. R. **Controvérsias no manuseio do refluxo gastroesofageano no pré-termo.** 5º Simpósio Internacional de Neonatologia do Rio de Janeiro: Setembro, 2006

Tamez, R. N. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém nascido de alto risco.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013

Dutra, A. **Medicina Neonatal.** Rio de Janeiro: Revinter, 2006

Rothrock, J. C. **Alexander Cuidados de Enfermagem ao paciente cirúrgico.** 13ed. Rio de Janeiro: Elsevier