



## Diagnóstico e Manejo da Doença do Refluxo Gastroesofágico em Crianças: Diretrizes Atuais e Desafios Clínicos

Eliana Marques Gomes da Silva<sup>1</sup>, Sammya Cassiano da Silva Pereira<sup>2</sup>, Aguinaldo Pereira Dias<sup>3</sup>, Lorrana Eller Lopes<sup>4</sup>, Josvaldo da Silva Viana Júnior<sup>5</sup>, Isabella Christine Lima Maia Lira<sup>6</sup>, Maria Paula Nelson Spínola de Oliveira<sup>7</sup>, Eduardo Henrique Resende Rocha<sup>8</sup>, Evelyn Ramos da Costa<sup>9</sup>, Arlete Freitas Ferreira<sup>10</sup>, Marcos Fernandes da Silva<sup>11</sup>, Fabiola Gondim Medeiros Chaves<sup>12</sup>

### REVISÃO DE LITERATURA

#### RESUMO

**Introdução:** A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) em crianças apresenta desafios clínicos significativos devido à sua variedade de sintomas e impacto na qualidade de vida dos pacientes e suas famílias. As diretrizes atuais buscam fornecer orientações claras para o diagnóstico e manejo eficazes dessa condição, porém, há desafios na sua implementação devido à complexidade do quadro clínico e às diferentes necessidades de cada criança. **Objetivos:** Visa fornecer diretrizes atualizadas e abordar os desafios clínicos no diagnóstico e manejo da Doença do Refluxo Gastroesofágico em Crianças. **Materiais e Métodos:** Consistiram em uma revisão sistemática da literatura, onde foram pesquisados artigos relevantes nas bases de dados acadêmicas. Os critérios de inclusão foram definidos para selecionar estudos que avaliassem o tratamento cirúrgico da síndrome nefrótica e suas estratégias para controlar a proteinúria e preservar a função renal. Para a coleta de dados, foram utilizados os bancos de dados: Base de Dados em Enfermagem (BDENF), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), PubMed e Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Diversos tipos de publicações, como artigos científicos, monografias e revistas, foram consultados para obter informações relevantes sobre o tema. **Resultados e Discussões:** O diagnóstico e manejo da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) em crianças destacam a complexidade da condição e os desafios clínicos associados. Os estudos revisados sugerem que os sintomas da DRGE em crianças podem ser variados e inespecíficos, dificultando o diagnóstico preciso. Além disso, há uma ampla gama de opções terapêuticas disponíveis, incluindo mudanças no estilo de vida, medicamentos e, em casos graves, cirurgia. No entanto, a eficácia e segurança dessas intervenções podem variar de acordo com a idade da criança, gravidade dos sintomas e presença de comorbidades. Os desafios clínicos incluem a necessidade de uma abordagem multidisciplinar, envolvendo pediatras, gastroenterologistas, enfermeiros e nutricionistas, para fornecer um cuidado abrangente e personalizado. Além disso, a



educação dos pais sobre o manejo da DRGE e o apoio emocional são aspectos essenciais do tratamento. **Conclusão:** Em suma, o diagnóstico e manejo da doença do refluxo gastroesofágico em crianças apresentam desafios clínicos significativos devido à complexidade dos sintomas e à variedade de opções terapêuticas disponíveis. As diretrizes atuais enfatizam a importância de uma abordagem multidisciplinar e individualizada, considerando a idade da criança, a gravidade dos sintomas e as comorbidades associadas. A educação dos pais e o suporte emocional também desempenham um papel crucial no sucesso do tratamento. No entanto, há uma necessidade contínua de pesquisa para aprimorar as estratégias de diagnóstico e terapêutica, visando melhorar os resultados clínicos e a qualidade de vida das crianças afetadas pela DRGE.

**Palavras Chaves:** Doença de Refluxo Gastroesofágico; Lactentes; Tratamento, Diretrizes.

## **Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease in Children: Current Guidelines and Clinical Challenges**

### **ABSTRACT**

**Introduction:** Gastroesophageal reflux disease (GERD) in children presents significant clinical challenges due to its variety of symptoms and impact on the quality of life of patients and their families. Current guidelines seek to provide clear guidance for the effective diagnosis and management of this condition, however, there are challenges in their implementation due to the complexity of the clinical picture and the different needs of each child. **Objectives:** This review provides updated guidelines and addresses clinical challenges in the diagnosis and management of Gastroesophageal Reflux Disease in Children. **Methodology:** This study consisted of a systematic literature review, where relevant articles were searched in academic databases. The inclusion criteria were defined to select studies that evaluated the surgical treatment of nephrotic syndrome and its strategies to control proteinuria and preserve renal function. For data collection, the following databases were used: Nursing Database (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), PubMed and Latin American Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS). Various types of publications, such as scientific articles, monographs and magazines, were consulted to obtain relevant information on the topic. **Results and Discussions:** The diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease (GERD) in children highlights the complexity of the condition and associated clinical challenges. The studies reviewed suggest that GERD symptoms in children can be varied and nonspecific, making accurate diagnosis difficult.



Additionally, there is a wide range of therapeutic options available, including lifestyle changes, medications and, in severe cases, surgery. However, the effectiveness and safety of these interventions may vary according to the child's age, severity of symptoms, and presence of comorbidities. Clinical challenges include the need for a multidisciplinary approach, involving pediatricians, gastroenterologists, nurses and nutritionists, to provide comprehensive and personalized care. Additionally, parental education about GERD management and emotional support are essential aspects of treatment. **Conclusion:** In summary, the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease in children presents significant clinical challenges due to the complexity of symptoms and the variety of therapeutic options available. Current guidelines emphasize the importance of a multidisciplinary and individualized approach, considering the child's age, severity of symptoms and associated comorbidities. Parental education and emotional support also play a crucial role in successful treatment. However, there is a continued need for research to improve diagnostic and therapeutic strategies to improve clinical outcomes and quality of life for children affected by GERD.

**Keywords:** Gastroesophageal Reflux Disease; Infants; Treatment, Guidelines.

**Instituição afiliada** – Universidade Nilton Lins<sup>1</sup>, Universidade Nilton Lins<sup>2</sup>, Universidade Nilton Lins<sup>3</sup>, Universidade Federal do Amazonas<sup>4</sup>, Universidade Federal de Roraima<sup>5</sup>, Universidade Federal do Amazonas<sup>6</sup>, Universidade Nilton Lins<sup>7</sup>, Uninassau Vilhena<sup>8</sup>, Centro Universitário Fametro<sup>9</sup>, Universidade Nilton Lins<sup>10</sup>, Universidade Federal do Amazonas<sup>11</sup>, Universidade Nilton Lins<sup>12</sup>

**Dados da publicação:** Artigo recebido em 10 de Março e publicado em 30 de Abril de 2024.

**DOI:** <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n4p2644-2658>

**Autor correspondente:** Eliana Marques Gomes da Silva [elianamg@uea.edu.br](mailto:elianamg@uea.edu.br)

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



## INTRODUÇÃO

O refluxo gastroesofágico (RGE) é quando o conteúdo do estômago volta para o esôfago de forma involuntária. Na maioria das vezes, é algo natural e comum em bebês, diminuindo à medida que eles crescem e mudam de dieta. No entanto, pode se tornar um problema se causar desconforto ou complicações, o que é chamado de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). O RGE geralmente ocorre devido a relaxamentos temporários de um músculo no final do esôfago e pode ser influenciado por diversos fatores. Os sintomas tanto do RGE quanto da DRGE são causados pelo volume e pela acidez do material que volta do estômago para o esôfago, tornando difícil distingui-los em algumas situações (Silva, 2017).

O refluxo gastroesofágico afeta entre 7 e 8% das crianças e é observado em cerca de metade dos bebês nos primeiros quatro meses de vida. Quando ocorre nos primeiros meses, é considerado normal. As regurgitações após as refeições surgem desde o nascimento até os seis meses de idade e, geralmente, desaparecem por volta de um ano de idade sem a necessidade de tratamento medicamentoso. Estratégias conservadoras são recomendadas nesse caso, pois oferecem vários benefícios, são econômicas e não têm efeitos colaterais significativos (Cordeiro *et al.*, 2014).

Na doença do refluxo gastroesofágico, além de vômitos e regurgitações, outros sinais e sintomas estão presentes, afetando a saúde geral do paciente. Esse comprometimento pode ser primário, relacionado a alguma disfunção na junção entre o esôfago e o estômago, ou secundário, quando é resultado de alergias alimentares ou obstruções intestinais (Cordeiro *et al.*, 2014).

Quando o refluxo gastroesofágico persiste e causa sintomas digestivos e extra-digestivos graves, como anemia, hemorragia digestiva, perda de peso, problemas respiratórios e de ouvido, e atraso no desenvolvimento, é diagnosticado como Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE). Estudos mostram que mais da metade dos bebês de 3 a 4 meses têm refluxo, mas geralmente desaparece sem tratamento até os 12-18 meses, exceto em casos persistentes, que podem levar a problemas na adolescência. Os sintomas em crianças menores de 18 meses incluem regurgitação frequente, vômitos, recusa de alimentação, irritabilidade, dificuldade para engolir, baixo ganho de peso e problemas de sono (Sousa *et al.*, 2022).

O diagnóstico em bebês se baseia em sinais clínicos como intolerância alimentar, baixo crescimento e sintomas respiratórios, além de sinais comportamentais como

irritabilidade durante a alimentação. É importante observar também crianças com condições médicas subjacentes, como problemas neurológicos e pulmonares, pois elas têm maior risco de DRGE (Ayerbe, J. I. *et al.*, 2019).

O tratamento visa promover o crescimento, aliviar os sintomas e prevenir complicações, podendo incluir terapias conservadoras, medicamentosas e, em alguns casos, cirurgia. Orientar corretamente os pais e os familiares é fundamental para um tratamento eficaz, pois entender que o refluxo é geralmente transitório pode ajudar a melhorar os sintomas da criança (Boza *et al.*, 2017).

Nesse contexto, o objetivo do trabalho visa fornecer diretrizes atualizadas e abordar os desafios clínicos no diagnóstico e manejo da Doença do Refluxo Gastroesofágico em Crianças.

## **METODOLOGIA**

Este artigo utiliza o método exploratório e analítico de caráter descritivo, empregando a técnica da Revisão Integrativa da Literatura (RIL). A RIL tem como objetivo principal reunir, resumir e analisar os resultados de estudos científicos previamente publicados sobre um tema específico, integrando as informações disponíveis para produzir uma síntese crítica e sistemática do conhecimento acumulado.

Para a coleta de dados, foram utilizados os bancos de dados: Base de Dados em *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), PubMed e Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Diversos tipos de publicações, como artigos científicos, monografias e revistas, foram consultados para obter informações relevantes sobre o tema.

Os critérios de elegibilidade incluíram artigos originais, revisões sistemáticas, revisões integrativas ou relatos de casos, desde que estivessem disponíveis gratuitamente e fossem publicados entre 2015 e 2023, sem restrições quanto ao local ou idioma de publicação. Foram excluídas publicações não científicas, textos incompletos, resumos, dissertações e teses.

A etapa de seleção consistiu em: formular os critérios de elegibilidade e inelegibilidade, posteriormente partiu-se para busca das publicações ,por meio dos bancos de dados utilizando os descritores e operador booleano por meio dessa busca foram encontrados os estudos que irão compor os resultados dessa pesquisa.

Para a busca das obras foram utilizadas as palavras-chaves presentes nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS): em português: “Doença de Refluxo Gastroesofágico”, “Lactente”, “Tratamento”, “Diretrizes”. Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais, que abordassem o tema pesquisado e permitissem acesso integral ao conteúdo do estudo, publicados no período de 2014 a 2024, em português.

Assim, foram encontrados 92 artigos, entretanto com os critérios de ilegitimidade foram excluídos 74 artigos, dessa forma totalizara-se 21 artigos científicos para a revisão narrativa da literatura, com os descritores apresentados acima.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

#### **3.1 FISIOPATOLOGIA DA DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO (DRGE)**

A fisiopatologia da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é complexa e envolve um desequilíbrio entre os mecanismos de proteção e de agressão à mucosa esofágica. A barreira anti-refluxo é composta por várias estruturas anatômicas, como o esfíncter esofágico inferior, o esôfago abdominal, o diafragma, o ângulo de His e outras, que trabalham juntas para prevenir o refluxo ácido. Distúrbios nesse sistema de defesa podem levar ao desenvolvimento da DRGE (Costa *et al.*, 2020).

A produção de muco esofágico e a alcalinização da saliva são importantes para proteger a mucosa esofágica contra o ácido gástrico. A disposição das células epiteliais esofágicas impede a difusão do ácido, enquanto transportadores de íons ajudam a remover o ácido das células. A neutralização do ácido pelo bicarbonato do sangue também é essencial na defesa pós-epitelial (Freitas *et al.*, 2017).

O funcionamento adequado do esfíncter esofágico inferior é fundamental para prevenir o refluxo gastroesofágico. Alterações nesse esfíncter, como relaxamento transitório inadequado, podem permitir o refluxo ácido para o esôfago. A atividade motora do esôfago, incluindo ondas peristálticas reflexas, também desempenha um papel na remoção do ácido esofágico (Menezes MA & Herbella FAM, 2017).

Além do ácido clorídrico, a bile e as enzimas digestivas presentes no suco gástrico podem danificar a mucosa esofágica. Estudos mostram que a secreção anormal de ácido não é o único fator causador de lesão, e substâncias como a pepsina e os ácidos biliares também contribuem para o dano (Wilkinson *et al.*, 2019).

Recentemente, descobriu-se a presença da "bolsa de ácido gástrico", que está associada a formas mais graves de DRGE, especialmente em pacientes com hérnia de hiato. A intensidade do refluxo ácido está relacionada à expressão de citocinas inflamatórias, como a IL-8, que pode atrair leucócitos e causar inflamação na mucosa esofágica (Wilkinson *et al.*, 2019).

Alterações na sensibilidade esofágica podem desempenhar um papel importante na geração de sintomas durante episódios de refluxo, levando à hipersensibilidade e à percepção aumentada de sintomas mesmo na ausência de lesão mucosa. Estudos têm mostrado que alguns pacientes têm esôfago hipersensível, mesmo com exposição ácida normal, enquanto outros com esôfago de Barrett podem ter uma menor percepção de sintomas devido à diminuição da sensibilidade esofágica. Esses mecanismos fisiopatológicos complexos contribuem para a variedade de sintomas e complicações associados à DRGE, e são importantes considerações no diagnóstico e tratamento da doença (Costa *et al.*, 2020).

Vale ressaltar que o refluxo ácido pode causar um dano à mucosa esofágica, tal fato ocorre devido à composição desse conteúdo, sua capacidade em ultrapassar as defesas internas do epitélio esofágico e o tempo de exposição a esse epitélio. Dentre sua composição, o ácido destaca-se por ser a principal substância que ocasiona lesão esofágica, resultando nos sintomas da DRGE. Já em relação a defesa, apesar da mucosa esofágica possuir 20-30 camadas de células, esta extensa camada não possui células capazes de produzirem bicarbonato e secretarem muco, funções que as tornariam capazes de neutralizar o conteúdo gástrico e se defenderem contra os danos nocivos do refluxo (Iwakiri *et al.*, 2022).

Embora tenha o relaxamento do esfíncter a causa principal, há também outros motivos que podem ocasionar esse refluxo de conteúdo gástrico, como atraso no esvaziamento gástrico e outros distúrbios da motilidade do esôfago, destacando-se a redução na pressão do EEI, os quais, expõem ainda mais o esôfago ao conteúdo gástrico. Ademais, hérnia hiatal esofágica também pode ser uma importante causa de DRGE, a qual resulta em aumento do refluxo e atraso na depuração do ácido no esôfago, contribuindo ainda mais para essa exposição excessiva (Júnior *et al.*, 2023).



### **3.1 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E SINTOMAS DA DRGE**

Os sintomas comuns da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) incluem azia e regurgitação, onde a azia é descrita como uma sensação de queimação no peito e frequentemente está associada a um gosto amargo na boca. Estudos mostram que o diagnóstico baseado em sintomas da DRGE, feito por gastroenterologistas experientes, tem sensibilidade de 70% e especificidade de 67% em comparação com o diagnóstico realizado por PHmetria (Clarrett, D. M. & Hachem, C, 2018).

Manifestações extra-esofágicas da DRGE nem sempre são diretamente ligadas à doença, mas são comuns. Esses sintomas resultam do refluxo até a laringe e podem causar pigarro, rouquidão, tosse seca crônica e sibilância, especialmente em pessoas com asma subjacente. A sensação de "globo" na garganta, semelhante a uma sensação de plenitude, também pode ocorrer. Além disso, alguns pacientes com DRGE podem ter náuseas e vômitos crônicos. A dor torácica não cardíaca é outro sintoma comum que precisa ser diferenciado da dor cardíaca devido ao seu prognóstico menos favorável (Katz *et al.*, 2021).

É importante destacar os sintomas de alarme associados à DRGE, devido ao risco de complicações malignas. Portanto, é recomendado investigar sintomas como disfagia, odinofagia, anemia, sangramento, perda de peso, sintomas crônicos de DRGE, idade acima de 50 anos, raça caucasiana e obesidade (Wilkinson *et al.*, 2021).

### **3.2 DIAGNÓSTICO DA DRGE EM CRIANÇAS**

O diagnóstico da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) geralmente é feito clinicamente com base nos sintomas característicos e na resposta ao tratamento para reduzir a produção de ácido estomacal. A presença de azia, com ou sem regurgitação, é muitas vezes suficiente para suspeitar de DRGE, especialmente se os sintomas piorarem após as refeições ou quando o paciente está deitado. O início do tratamento com medicamentos que reduzem a produção de ácido, como os inibidores da bomba de prótons (IBPs) ou os antagonistas do receptor de histamina tipo 2 (H2RAs), seguido pela melhoria dos sintomas, pode ser considerado um diagnóstico (Júnior *et al.*, 2023).

Em casos onde os sintomas persistem mesmo após o tratamento com IBPs em doses elevadas, exames adicionais podem ser necessários para investigar outras possíveis causas dos sintomas e complicações da DRGE. A endoscopia digestiva alta, também



conhecida como esofagogastroduodenoscopia (EGD), é comumente realizada para avaliar o revestimento interno do esôfago e identificar complicações como esofagite e esôfago de Barrett. A gravidade da DRGE pode ser avaliada usando a classificação de Los Angeles, que varia de A (leve) a D (grave) (Young *et al.*, 2020).

A pHmetria ambulatorial é considerada o padrão-ouro no diagnóstico do refluxo gastroesofágico. Este teste envolve a colocação de sondas de pH no esôfago por um período prolongado para detectar episódios de refluxo ácido e correlacioná-los com os sintomas. Este teste oferece boa reprodutibilidade, sensibilidade e especificidade, permitindo uma avaliação precisa do refluxo ácido. Além disso, a endoscopia digestiva alta pode ser necessária para avaliar complicações da DRGE e descartar outras condições com sintomas semelhantes, especialmente em casos crônicos ou refratários ao tratamento (Katz *et al.*, 2021).

### **3.3 FATORES DE RISCO E CAUSAS SUBJACENTES DA DRGE EM CRIANÇAS**

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) tem uma causa multifatorial que envolve diversos aspectos da fisiologia digestiva. A integridade da barreira antirrefluxo, composta pelo esfíncter esofágico inferior (EEI) e pelo diafragma crural, a depuração esofágica impulsionada pela gravidade, peristaltismo e salivagem, bem como a resistência da mucosa esofágica e a dinâmica do esvaziamento e pressão intragástricas, desempenham papéis essenciais (Fraga & Martins, 2015).

O EEI, composto principalmente por músculo liso, é influenciado por uma variedade de fatores neurais e hormonais. Sua contração constante é mantida pela atividade miogênica extrínseca e é modulada em resposta a pressões intra-abdominais elevadas e contrações gástricas. A relação entre obesidade e DRGE é plausível fisiopatologicamente, uma vez que o excesso de peso está associado ao aumento da pressão intra-abdominal, o que pode aumentar o gradiente de pressão gastroesofágico, a pressão intragástrica e o risco de hérnia hiatal (Costa *et al.*, 2020).

A dieta também desempenha um papel importante na DRGE, especialmente entre os obesos, que frequentemente consomem grandes quantidades de alimentos e alimentos ricos em gordura. Dietas ricas em gorduras podem diminuir a pressão do EEI, aumentar a frequência de relaxamentos transitórios e retardar o esvaziamento gástrico, contribuindo

para o refluxo pós-prandial, especialmente quando as refeições são volumosas ou consumidas rapidamente (Menezes MA & Herbella, 2017).

Em resumo, vários fatores convergem para tornar o refluxo gastroesofágico patológico, incluindo o número excessivo de episódios de refluxo, depuração esofágica inadequada, menor resistência da mucosa esofágica ao conteúdo refluído e a interação do refluxo ácido com fatores dietéticos, comportamentais e emocionais (Iwakiri *et al.*, 2022).

### **3.4 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E NÃO FARMACOLÓGICO**

O manejo terapêutico da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) envolve uma variedade de abordagens, incluindo mudanças no estilo de vida, terapia medicamentosa e, em casos específicos, intervenções cirúrgicas. Para pacientes sem sinais de alarme, as mudanças no estilo de vida são, frequentemente, recomendadas como primeira linha de tratamento, tais como perda de peso, ajustes na dieta, interrupção do tabagismo, redução do consumo de álcool, elevação da cabeceira da cama e evitar refeições antes de dormir. Embora a eficácia dessas mudanças no estilo de vida não esteja completamente estabelecida, elas continuam sendo uma parte importante do tratamento inicial para a DRGE (Young *et al.*, 2020).

A terapia medicamentosa inclui o uso de inibidores da bomba de prótons (IBPs), antagonistas do receptor de histamina tipo 2 (H2RAs) e antiácidos. Os IBPs são a terapia de escolha para alívio dos sintomas e cicatrização da esofagite, geralmente tomados antes do café da manhã, podendo ser administrados novamente antes do jantar para pacientes com sintomas noturnos. Após 8 semanas de tratamento, a dose deve ser reduzida para a menor dose eficaz. Se os sintomas persistirem parcialmente, os IBPs devem ser continuados; caso contrário, devem ser descontinuados (Boza *et al.*, 2017).

Pacientes com sinais de alarme ou falta de resposta ao tratamento em 8 semanas devem ser submetidos a endoscopia digestiva alta para uma avaliação mais detalhada. A terapia de manutenção com IBPs é recomendada para pacientes com complicações da DRGE, como esôfago de Barrett e esofagite erosiva grave, enquanto a terapia sintomática sob demanda é indicada para pacientes sem complicações (Wilkinson *et al.*, 2021).

Para pacientes refratários ao tratamento com IBPs, podem ser consideradas abordagens cirúrgicas, como a funduplicatura de Nissen, o procedimento de Linx ou o bypass gástrico em Y de Roux, especialmente em pacientes com obesidade mórbida.

Além disso, há opções terapêuticas endoscópicas em desenvolvimento, como a funduplicatura transoral sem incisão (TIF) e a aplicação de energia de radiofrequência no EEI (Katz *et al.*, 2021).

### **3.5 DIRETRIZES DE TRATAMENTO E MANEJO DA DRGE EM PEDIATRIA**

As diretrizes atualizadas para o tratamento e manejo da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) em pediatria enfatizam uma abordagem abrangente e personalizada, adaptada às necessidades individuais de cada criança. Essas diretrizes incorporam recentes avanços na compreensão da fisiopatologia da DRGE e destacam a importância de uma equipe multidisciplinar para um tratamento eficaz (Henry, 2014).

Uma das principais áreas de foco é a incorporação de mudanças no estilo de vida como parte integrante do tratamento. Isso inclui orientações sobre a dieta da criança, evitando alimentos desencadeadores de sintomas e incentivando hábitos alimentares saudáveis, como refeições menores e mais frequentes. Além disso, é enfatizado o papel de manter a criança em posição vertical após as refeições e elevar a cabeceira da cama durante o sono para reduzir o refluxo (Mahoney LB & Rosen, 2019).

No que diz respeito à terapia medicamentosa, as diretrizes atualizadas consideram o uso de inibidores da bomba de prótons (IBPs) e antagonistas do receptor de histamina tipo 2 (H2RAs) como opções farmacológicas para o controle dos sintomas. No entanto, a prescrição desses medicamentos em crianças requer uma avaliação cuidadosa dos riscos e benefícios, com monitoramento regular para garantir a eficácia e segurança do tratamento (Mahoney LB & Rosen, 2019).

Além disso, as diretrizes atualizadas reconhecem a importância da avaliação e monitoramento contínuos da criança afetada pela DRGE. Isso pode envolver consultas regulares com um pediatra ou gastroenterologista pediátrico, bem como exames complementares, como endoscopia digestiva alta, quando necessário, para avaliação mais detalhada da condição e resposta ao tratamento (Rosen *et al.*, 2018).

Para casos mais graves ou refratários, a intervenção cirúrgica, como a funduplicatura, pode ser considerada. No entanto, essa opção é geralmente reservada para casos selecionados que não respondem ao tratamento conservador. Em suma, as diretrizes atualizadas para o tratamento e manejo da DRGE em pediatria refletem os avanços recentes na compreensão e abordagem dessa condição em crianças. Uma abordagem



integrada, que inclui mudanças no estilo de vida, terapia medicamentosa e, em alguns casos, intervenção cirúrgica, é essencial para proporcionar o melhor resultado clínico e qualidade de vida para as crianças afetadas pela DRGE (Rosen *et al.*, 2018).

### **3.6 ORIENTAÇÕES PARA PAIS E CUIDADORES DE CRIANÇAS COM DGRE**

As dificuldades enfrentadas pelos pais de crianças com refluxo gastroesofágico abrangem uma série de áreas, incluindo questões financeiras, sociais e de saúde. Vômitos frequentes, pneumonia, custos do tratamento, dificuldades sociais, perda de peso e distúrbios do sono são algumas das dificuldades relatadas. Os vômitos estão ligados à posição da criança após as refeições, com muitos pais enfrentando desafios no manejo dessas situações. O refluxo pode levar a problemas respiratórios, como pneumonia, devido à aspiração do conteúdo gástrico (Cordeiro *et al.*, 2014).

As orientações fornecidas pelos profissionais de saúde, como evitar deitar após as refeições e seguir uma dieta específica, podem ajudar a mitigar esses problemas. Além disso, as restrições dietéticas impostas pelo refluxo podem afetar o convívio social da família, causando isolamento. Os sintomas como regurgitação, dor abdominal e recusa alimentar também contribuem para o impacto negativo na qualidade de vida da criança e da família. O enfermeiro desempenha um papel crucial na orientação e no apoio às famílias que lidam com essas dificuldades (Júnior *et al.*, 2023).

## **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em conclusão, o diagnóstico e o manejo da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) em crianças apresentam desafios clínicos significativos, destacando a importância da abordagem individualizada e multidisciplinar. As diretrizes atuais enfatizam a avaliação cuidadosa dos sintomas e a resposta ao tratamento inicial com medidas conservadoras e medicamentos, como inibidores da bomba de prótons (IBPs) ou antagonistas do receptor de histamina tipo 2 (H2RAs). A investigação adicional, incluindo testes diagnósticos como a pHmetria ambulatorial e a endoscopia digestiva alta, pode ser necessária em casos refratários ou com sintomas atípicos.



A conscientização sobre os sintomas de alarme e as complicações potenciais da DRGE é fundamental para identificar pacientes que requerem uma avaliação mais aprofundada e um manejo especializado. Apesar dos desafios clínicos, um diagnóstico preciso e um manejo adequado podem melhorar significativamente a qualidade de vida das crianças afetadas pela DRGE e prevenir complicações a longo prazo. O entendimento contínuo das diretrizes e o trabalho colaborativo entre profissionais de saúde são essenciais para enfrentar eficazmente os desafios associados ao diagnóstico e manejo da DRGE em crianças.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Ayerbe, J. I. et al. Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease in Infants and Children: from Guidelines to Clinical Practice. **Pediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition**. v. 22, n. 2: p. 107, 2019.

Boza, C. C. et al. Algunas consideraciones sobre el reflujo gastroesofágico en infantes. **Revista Médica Electrónica**. v.41, n.5: p.1259-1267, 2019.

Clarrett, D. M.; Hachem, C. Gastroesophageal Reflux Disease(GERD). **Missouri medicine**, v. 115, n. 3, p. 214–218, 2018.

Cordeiro, Jacqueline Andréia Bernardes Leão *et al.* Dificuldades enfrentadas pelos pais de crianças com doença do refluxo gastroesofágico. **Acta Paul Enferm**, [S. l.], v. 27, n. 3, p. 255-259., 26 maio 2014.

Costa, GABRIELA FARAH *et al.* A DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO (DRGE) E SEUS MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR**, [S. l.], v. 29, n. 1, p. 116-119, 4 fev. 2020.

Fraga, Pedro Lopes; MARTINS, Fábio dos Santos Cosso. Doença do Refluxo Gastroesofágico: uma revisão de literatura. **Unifoa**, [S. l.], v. 18, p. 93-99, 3 fev. 2015.

Freitas ACT, et al. Efeito do índice de massa corporal no tratamento cirúrgico do refluxo gastroesofágico. **Revista Médica da UFPR**; v.4, n.3, p.117-22, 2017.

Henry, Maria Aparecida Coelho de Arruda. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO. **ABCD Arq Bras Cir Dig**, [S. l.], v. 27, n. 3, p. 210-215, 2 maio 2015.

Iwakiri, K. et al. Evidence-based clinical practice guidelines for gastroesophageal reflux disease 2021. **Journal of Gastroenterology**, v. 57, n. 4, p. 267–285, 28 fev. 2022.



Júnior, Rogério Gomes Rossignoli *et al.* Doença do Refluxo Gastroesofágico: fisiopatologia, manifestações clínicas e abordagem terapêutica. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 6, n. 4, p. 15677-15686, 21 jul. 2023.

Katz, P. O. *et al.* ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. **American Journal of Gastroenterology**, v. 117, n. 1, p. 27–56, 22 nov. 2021.

Mahoney LB, Rosen R. The spectrum of reflux phenotypes. **Gastroenterol Hepatol** ;v.15, n.12, p.646, 2019.

Menezes MA, Herbella FAM. Pathophysiology of gastroesophageal reflux disease. **World journal of surgery** ; v.41, n.7, p.1666-71, 2017.

Menezes MA, Herbella FAM. Pathophysiology of gastroesophageal reflux disease. **World journal of surgery** ; v.41, n.7, p.1666-71, 2017.

Rosen R, Vandenplas Y, Singendonk M, Cabana M, Di Lorenzo C, Gottrand F *et al.* Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint recommendations of NASPGHAN and the ESPGHAN. **J Pediatr Gastroenterol Nutr** ; v.66, p.516–54, 2018.

Silva, NATHÁLIA LUZIAS DE MATOS E. **REFLUXO GASTROESOFÁGICO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: FISIOLÓGICO OU PATOLÓGICO?**. 2017. 44 f. Monografia (Especialização) - Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, [S. l.], 2017.

Sousa, Ana Julia Oliveira de *et al.* Doença do refluxo gastroesofágico em lactentes: revisão atualizada do diagnóstico ao manejo. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 5, n. 2, p. 4702-4712, 21 mar. 2022.

Vandenplas Y, Hauser B. An updated review on gastro-esophageal reflux in pediatrics. **Expert Rev Gastroenterol Hepatol** ;v.9,n.12, p.1511-21,2015

Wilkinson J, Wade A, Thomas SJ *et al.* Randomized clinical trial: a double-blind, placebo-controlled study to assess the clinical efficacy and safety of alginate– antacid (Gaviscon Double Action) chewable tablets in patients with gastro-oesophageal reflux disease. **European journal of gastroenterology & hepatology** ; v.31, n.1, p.86-93, 2019

Wilkinson, J. M *et al.* Dysphagia: Evaluation and Collaborative Management. **American Family Physician**, v. 103, n. 2, p. 97–106, 15 jan. 2021.

Young, A.; KUMAR, M. A.; THOTA, P. N. GERD: A practical approach. **Cleveland Clinic Journal of Medicine**, v. 87, n. 4, p. 223–230, abr. 2020.