

# PERFIL CLÍNICO E ENDOSCÓPICO DOS PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO NO AMBULATÓRIO DE GASTROENTEROLOGIA

## CLINICAL AND ENDOSCOPIC PROFILE OF PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN THE GASTROENTEROLOGY AMBULATORY

FLÁVIA PASSOS DE ALMEIDA<sup>1</sup>, THOMPSON MACHADO BATISTA JÚNIOR<sup>2</sup>, CARMEM MOULIN DE MAGALHÃES<sup>1</sup>, JOÃO ROBERTO RESENDE FERNANDES<sup>1</sup>, PAMELA MARA CAINELLI VALIM<sup>1</sup>, LETÍCIA SILVEIRA NAGLIS<sup>1</sup>, LEANDRO DE SOUZA CALIL VIEIRA<sup>1</sup>, PEDRO KOZLOWSKY DE ALENCAR<sup>1</sup>, DANIEL ALMEIDA DA COSTA<sup>2\*</sup>

1. Alunos do Curso de Graduação em Medicina. Faculdade de Medicina de Valença – FAA/CESVA; 2. Professores do Curso de Graduação em Medicina. Faculdade de Medicina de Valença – FAA/CESVA.

\* Hospital Escola Luiz Gioeffi Januzzi – Rua Dom José Costa Campos, 20, Centro, Valença, Rio de Janeiro, Brasil. CEP: 27600-000. [professordanielmfv@gmail.com](mailto:professordanielmfv@gmail.com)

Recebido em 06/05/2017/201x. Aceito para publicação em 21/05/2017

### RESUMO

Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é definida como uma afecção crônica decorrente do fluxo retrógrado de parte do conteúdo gastroduodenal para o esôfago e ou órgãos adjacentes a ele, acarretando espectro variável de sintomas e sinais esofágicos e ou extraesofágicos, associados ou não à lesões teciduais. O objetivo do estudo foi analisar o perfil clínico e principais alterações endoscópicas esofagianas nos pacientes portadores da DRGE. Estudo retrospectivo e descritivo utilizando os prontuários de pacientes atendidos no ambulatório de Gastroenterologia do Hospital Universitário de Valença-RJ, durante o período de Julho 2013 à Setembro de 2015, com diagnóstico de DRGE. Foram incluídos 108 pacientes com diagnóstico clínico de DRGE. Dos pacientes avaliados, o sexo feminino foi predominante (70,3%), sendo a média de idade de 44,2 anos. Quanto ao índice de massa corporal, observou-se que a obesidade foi mais prevalente, destacando-se a obesidade do tipo 1 (34,9%). Dentre os sintomas típicos a regurgitação associada à pirose representou (53,8%). Em se tratando de sintomas extraesofageanos, a epigastralgia foi a mais prevalente (58,4%). Dos pacientes que realizaram endoscopia digestiva alta, a esofagite erosiva foi a alteração endoscópica mais representativa (49,8%). Quando avaliamos a resposta ao tratamento, a maior parcela dos pacientes apresentaram resposta completa (31,9%). A DRGE analisada no presente estudo demonstra ser mais frequente no sexo feminino e nos pacientes com excesso de peso. Tipicamente apresentou no diagnóstico clínico, a associação entre pirose e regurgitação, e atipicamente a epigastralgia na maioria dos portadores da doença. Na avaliação endoscópica, a esofagite erosiva foi vista na metade dos casos que realizaram o exame.

**PALAVRAS-CHAVE:** Doença do Refluxo Gastroesofágico, DRGE, endoscopia

### ABSTRACT

Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) is defined as a chronic condition resulting from the retrograde flow of part of the gastroduodenal content into the esophagus and / or adjacent organs, resulting in a variable spectrum of esophageal and extra esophageal signs and symptoms, associated or not with Tissue lesions. The objective of this study was to analyze the clinical profile and main endoscopic esophageal changes in patients with GERD. Retrospective and descriptive study using the charts of patients seen at the Gastroenterology outpatient clinic of the University Hospital of Valença-RJ, during the period from July 2013 to September 2015, with diagnosis of GERD. We included 108 patients with clinical diagnosis of GERD. Of the patients evaluated, the female sex was predominant (70.3%), and the mean age was 44.2 years. Regarding the body mass index, it was observed that obesity was more prevalent, especially obesity type 1 (34.9%). Among the typical symptoms, the regurgitation associated with heartburn represented (53.8%). In the case of extraesophageal symptoms, epigastralgia was the most prevalent (58.4%). Of the patients who underwent upper digestive endoscopy, erosive esophagitis was the most representative endoscopic alteration (49.8%). When we evaluated the response to treatment, the largest proportion of patients presented a complete response (31.9%). The GERD analyzed in the present study demonstrates to be more frequent in the female sex and in the patients with excess weight. Typically presented in the clinical diagnosis, the association between heartburn and regurgitation, and atypically epigastralgia in the majority of patients with the disease. In the endoscopic evaluation, erosive esophagitis was seen in half of the cases that performed the exam.

**KEYWORDS:** Gastroesophageal Reflux Disease, GERD, endoscopy.

### 1. INTRODUÇÃO

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), bem

como os demais sintomas oriundos do sistema digestório superior são de alta frequência na prática clínica diária. Devido à elevada prevalência, é um tema de relevância nas questões de saúde pública, variando entre 21% e 56% em diferentes países<sup>1</sup>.

A DRGE é comumente encontrada dentro da gastroenterologia, sendo que seu cuidado constitui uma grande proporção na prática médica<sup>2</sup>. Conceitua-se como uma afecção crônica decorrente do fluxo retrógrado de parte do conteúdo gastroduodenal para o esôfago e ou órgãos adjacentes a ele, acarretando espectro variável de sintomas, sinais esofágicos e ou extraesofágicos, associados ou não a lesões teciduais. A esofagite é consequência da exposição da mucosa esofágica ou supra-esofágica ao conteúdo intra-gástrico, contendo agentes agressores como ácidos, pepsina, sais biliares e enzimas pancreáticas.

Define-se pirose como a impressão de queimação retroesternal, geralmente derivada do epigástrico alto, podendo elevar-se até a região cervical e dificilmente para o dorso ou membros superiores. Cerca de um terço dos indivíduos possuem esses sintomas uma vez ao mês e 7% de todos os indivíduos possuem esse sintoma. Só com esse sintoma, existe a possibilidade da realização do diagnóstico correto da DRGE em 80% dos casos. Porém, a sua ausência, não descarta a presença de DRGE, pois 20% dos pacientes diagnosticados com DRGE não apresentam esse sintoma<sup>3</sup>.

A regurgitação é o refluxo de pequenas quantidades de material do paladar ácido para a boca, na maioria das vezes após as refeições. Advém em um terço dos portadores da DRGE, mas podem ocorrer com qualquer indivíduo, geralmente após as refeições em grande quantidade<sup>3</sup>.

O refluxo é patológico quando a resistência do epitélio ao conteúdo refluído é superada pelo número excessivo de episódios de refluxo, depuração esofágica ineficiente, menor resistência da mucosa ao conteúdo refluído ou pela interação do refluxo ácido com cofatores dietéticos, comportamentais e emocionais<sup>4</sup>.

Os fatores de risco populacionais para o desenvolvimento da DRGE são: idade, sexo, gestação, obesidade, fatores genéticos, e hérnia hiatal. A DRGE ocorre em todas as faixas etárias, mas sua prevalência e complicações como estenoses e úlceras, é maior entre indivíduos idosos. A esofagite é prevalente na proporção de 3:1 em homens e a pirose alcança até 40-80% das pacientes gestantes. Indivíduos obesos apresentam maior frequência, havendo correlação entre o peso e a intensidade do refluxo. Fatores genéticos ainda não são bem conhecidos e a presença de hérnia hiatal relaciona-se com as formas mais graves de esofagite de refluxo<sup>4</sup>.

A endoscopia digestiva alta (EDA) não é indicada na presença de sintomas típicos, sendo indicada unicamente quando os pacientes apresentam sintomas de alarme como: idade maior de 45 anos, sintomas de doença orgânica grave como anorexia e perda de peso, disfagia ou odinofagia, além de sintomas de DRGE que persistem ou recorrem apesar do tratamento adequado<sup>2</sup>.

O tratamento da DRGE tem o objetivo de aliviar os

sintomas, promoção da cicatrização das lesões, evitando recidivas e prevenindo as complicações. As principais classes de medicamentos incluem os pro-cinéticos, medicamentos alcalinos ou antiácidos, inibidores da bomba de prótons, agente protetor da mucosa gástrica e agentes que reduzem o relaxamento transitório do esfíncter esofágico inferior. O tratamento cirúrgico é individualizado e indicado na ocorrência de intolerância ao controle clínico prolongado e nas complicações da doença como esôfago de Barret, ulceração e estenose<sup>4</sup>.

Justifica-se o estudo, pela importância no recolhimento de informações que irão juntamente com os conhecimentos atuais, colaborar para traçar o perfil clínico e endoscópico dos pacientes diagnosticados com a DRGE.

O objetivo do estudo foi a análise do perfil clínico e as alterações endoscópicas esofagianas dos pacientes com DRGE, no ambulatório de Gastroenterologia do Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi de Valença-RJ (HELGJ).

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

O estudo é descritivo exploratório, do tipo transversal de abordagem quantitativa, não intervencionista. Segundo Hochman, este tipo de estudo apresenta-se como um corte instantâneo que se faz em uma população por meio de uma amostragem<sup>5</sup>.

Foi realizada a análise de prontuários de pacientes atendidos no ambulatório de Gastroenterologia do HELGJ, durante o período de Julho 2013 à Setembro de 2015, com diagnóstico da DRGE.

Para a seleção dos pacientes foi realizada uma amostragem com os respectivos critérios de elegibilidade. Foram avaliados os pacientes do sexo feminino e masculino, entre dezoito e setenta anos de idade, que apresentaram diagnóstico clínico de DRGE, ou seja, os pacientes que apresentaram como sintoma pirose, regurgitação ou os dois sintomas associados.

Foram utilizados como critérios de exclusão do estudo os pacientes com história de cirurgias em esôfago e estômago previamente e/ou que já apresentaram outras doenças esofagianas em tratamento.

Os dados foram coletados pela análise individual de prontuários dos pacientes que foram diagnosticados com DRGE, de acordo com uma ficha específica de atendimento a estes pacientes no ambulatório do hospital (anexo 1).

As seguintes variáveis foram analisadas: sexo, idade, índice de massa corporal (IMC), avaliação dos pacientes quanto ao hábito do tabaco e álcool, sintomas típicos e atípicos da doença, resposta ao tratamento com inibidor da bomba de prótons (IBP) em dose plena por doze semanas. Sendo que o tratamento foi dividido entre resposta parcial (melhora incompleta dos sintomas após o fim do tratamento), resposta completa (não apresentou sintomas após terminar o tratamento permanecendo assintomático) e resposta refratária ao tratamento (resposta negativa ao tratamento e após novo tratamento com dose dobrada por mais doze semanas, permanencia

com os sintomas).

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Fundação André Arcoverde no mês de Novembro de 2015, conforme a Portaria CNS número 466/ 2012.

### 3. RESULTADOS

Foram analisados 140 prontuários no total, sendo incluídos 108 pacientes com o diagnóstico clínico de DRGE. O sexo feminino foi predominante (70,3%) e a idade média foi de 44,2 ±10 anos. Estas características demográficas foram demonstradas na tabela 1.

**Tabela 1.** Análise Descritiva do Perfil Demográfico de sexo e idade (n=108)

SEXO (F/M)	76/32
IDADE (Média-Anos)	44,2 ± 10

Dos 108 pacientes analisados 62 possuíam os valores para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). Sendo que o a Obesidade foi o fator mais encontrado nestes pacientes representando 46,7%. Estas características foram apresentadas na tabela 2.

Dos 108 pacientes analisados 62 possuíam os valores para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). Sendo que o a Obesidade foi o fator mais encontrado nestes pacientes representando 46,7%.

**Tabela 2.** Análise Descritiva de Perfil clínico de acordo com IMC (n=62)

NORMAL (kg/m)	21%
SOBREPESO (kg/m)	32,3%
OBESIDADE GRAU 1 (kg/m)	34,9%
OBESIDADE GRAU 2 e 3(kg/m)	11,8%

Dos 108 pacientes diagnosticados clinicamente com a DRGE, 42 pacientes, ou seja, 38,9% relataram o hábito de fumar. Quanto ao etilismo, dos 108 pacientes diagnosticados clinicamente com DRGE, 38,9% são etilistas. As características quanto ao tabagismo e ao etilismo encontram-se na tabela 3.

**Tabela 3.** Perfil de acordo com o uso do Tabaco e Álcool (n=108)

TABAGISMO	
SIM - 17,6%	
NÃO - 82,4%	
ETILISMO	
SIM - 38,9%	
NÃO - 61,1%	

Dentre os sintomas típicos encontrados na DRGE nos pacientes avaliados, a maioria, apresentou regurgitação associada à pirose (53,7%). As características clínicas em relação aos sintomas típicos na DRGE foram apresentadas na Tabela 4.

**Tabela 4.** Perfil Clínico de acordo com os sintomas típicos (n=108)

PIROSE	35,1%
REGURGITAÇÃO	11,1%
REGURGITAÇÃO + PIROSE	53,8%

Os sintomas atípicos ou extraesofagianos estavam presentes em 91 pacientes sendo o mais predominante a epigastralgia (58,4%). As características clínicas em relação aos sintomas atípicos estão listadas na tabela 5.

**Tabela 5.** Perfil Clínico de acordo com os sintomas atípicos (n=91)

TOSSE	12,6%
EPIGASTRALGIA	58,4%
OUTROS	29%

Dos pacientes analisados, 69 pacientes (63,8%) realizaram a Endoscopia Digestiva Alta (EDA). A principal alteração endoscópica encontrada foi a esofagite erosiva (49,8%). As características das alterações endoscópicas são apresentadas na tabela 6.

**Tabela 6.** Perfil Clínico de acordo com as alterações endoscópicas (n=69)

ESOFAGITE	49,8%
HERNIA DE HIATO	16,7%
HÉRNIA DE HIATO + ESOFAGITE	11,8%
EXAME NORMAL	21,7%

Dos 108 pacientes com DRGE, 71 pacientes foram analisados em relação ao tratamento com o uso de IBP em dose plena por um período de doze semanas. Destes, 45 pacientes (63,3%) tiveram resposta completa ao tratamento, ou seja, não apresentaram sintomas após o término na terapia medicamentosa. Essas e outras características quanto à resposta ao tratamento foram descritas na Tabela 7.

**Tabela 7.** Perfil Clínico quanto à resposta ao tratamento com IBP (n= 71)

PARCIAL	5,8%
COMPLETA	63,3%
REFRATÁRIA	30,9%

IBP= Inibidor da bomba de prótons

### 4. DISCUSSÃO

Na população estudada com diagnóstico de DRGE, o sexo feminino e a obesidade tiveram maior expressividade. Dentre os sintomas típicos encontrados no estudo, a maioria possuía regurgitação associada à pirose e como sintomas atípicos, epigastralgia foi a mais predominante. A principal alteração endoscópica encontrada foi esofagite erosiva e a maioria obteve resposta completa ao tratamento proposto.

Foram considerados sintomas típicos da DRGE no

estudo: a pirose, regurgitação e a pirose + regurgitação. A prevalência da pirose é análoga em adultos e a busca por atendimento médico cresce conforme avança a idade o que corrobora com os resultados do estudo<sup>6</sup>.

Os fatores mais comuns que levam à pirose são: alimentos gordurosos ou picantes, cítricos, café, refrigerantes, álcool, refeições volumosas, tabaco e medicamentos. Os fatores mais comuns para alívio da pirose são: consumo de leite, água ou antiácidos. Circunstâncias que geram ampliação da pressão intra-abdominal podem desencadear pirose, como ganho de peso, levantamento de peso, exercícios isométricos, gravidez ou exercícios abdominais.

Foi realizado um estudo populacional em 22 cidades de diversas regiões brasileiras, envolvendo 13.959 (treze mil, novecentos e cinquenta e nove) adultos com idade superior a 16 anos. A prevalência de pirose ocorrendo, mais de uma vez por semana foi notada em 11,9% dos participantes, equivalendo a 20 milhões de brasileiros portadores da DRGE<sup>6</sup>.

Os pacientes com manifestações atípicas com frequência tornam o diagnóstico clínico difícil e determinando alto indicador de suspeição. A relação causal entre DRGE e manifestações atípicas é um desafio, pois a DRGE é uma doença prevalente, seu atrelamento não causal pode acontecer frequentemente, tornando o teste terapêutico um importante fator para o estabelecimento de causalidade. Os sintomas atípicos da DRGE presentes no estudo foram: tosse e principalmente a epigastralgia.

Pacientes com manifestações atípicas usualmente não demonstram concomitância com as revelações avaliadas como características da doença<sup>7</sup>. A presença de epigastralgia, descrita pela maioria dos pacientes como dor abdominal, foi o sintoma atípico mais frequente no estudo. Estudos atuais indicam um acréscimo da prevalência de dor epigástrica na DRGE e o Consenso de Montreal afirmou ser um dos sintomas básicos da DRGE. Existem dois grandes estudos randomizados mostrando que 69% dos pacientes apresentaram epigastralgia como sintoma atípico da DRGE<sup>8</sup>.

A tosse crônica surgiu no estudo como a segunda causa de sintomas atípicos, mas pode não ser considerado sintoma atípico da DRGE. Os critérios utilizados para a caracterização da tosse como sintoma atípico do refluxo gastroesofágico incluem ausência de tabagismo e de irritantes ambientais, supressão de asma, excreção pós-nasal e radiografias de tórax e seios da face dentro da normalidade<sup>9</sup>, porém no nosso estudo fica inviável analisar todos esse viés. Outros sintomas atípicos existentes na DRGE foram englobados em “outros”, pois sua representatividade foi pequena no estudo.

Sobre o diagnóstico endoscópico, houve discordância na literatura sobre a frequência de esofagite nos pacientes com DRGE. Estudos norte-americanos indicam uma prevalência de 40% a 60% de esofagite em pacientes com DRGE<sup>10</sup>. Enquanto que o estudo Loiano-Monguidoro, indicou uma prevalência de 12%<sup>11</sup>. Neste

presente estudo, a esofagite apareceu como alteração endoscópica mais prevalente.

A hérnia hiatal, apesar de ter sido identificada em apenas 11,7% dos casos endoscópicos é um fator importante em episódios de refluxo, se relacionando frequentemente à doença erosiva e complicada<sup>12</sup>.

No estudo, pacientes foram avaliados em relação ao uso do IBP em dose plena por doze semanas. Destes, a maioria obteve resposta completa ao tratamento, não apresentando sintomas após o término na terapia medicamentosa. Se o paciente obtiver resposta completa ao tratamento, não apresentando sintomas, após a retirada da medicação, por ser uma doença crônica, necessita de uma manutenção, onde será administrada uma dose mínima, para manter o paciente assintomático<sup>13</sup>. A terapia ao longo prazo é eficiente, não se notando casos de displasia ou neoplasia, segundo ensinamentos de Klinkenberg-Knoll *et al.* (2000), após acompanhamento 230 pacientes com a DRGE em uso da IBP, durante onze anos<sup>14</sup>.

Mas, existem respostas parciais e refratárias ao tratamento, como detectado no presente estudo, pois esse tratamento obriga uma disciplina, porque se atrela às restrições alimentares e hábitos de vida. Assim, diariamente os pacientes mais jovens apresentam dificuldade na adesão medicamentosa, ou por alimentação incorreta ou pelo uso de medicamentos de baixa qualidade<sup>15</sup>. Mesmo com a ajuda dos IBP, conforme Moraes Filho (2012), 20 a 42% dos pacientes não respondem ao tratamento satisfatoriamente<sup>6</sup>.

Pelo fato dos prontuários não serem eletrônicos, ocorreram dificuldades na análise dos dados por erros na escrita e falta de entendimento dela, sendo uma importante limitação do estudo. Alguns deles apresentaram dados incompletos, principalmente com anamnese e exame físico não detalhado, gerando erros de interpretação de diversas variáveis. Seria necessária uma amostra maior para avaliação da representatividade do estudo e impacto na população.

## 5. CONCLUSÃO

Na população estudada com diagnóstico de DRGE, o sexo feminino e a obesidade tiveram uma maior expressividade. Dentre os sintomas típicos encontrados no estudo, a maioria possuía a regurgitação associada à pirose e como sintomas atípicos, a epigastralgia foi a mais predominante. A principal alteração endoscópica encontrada foi a esofagite erosiva e a maioria obteve resposta completa ao tratamento proposto.

Diante do exposto, conclui-se que a DRGE é uma das doenças mais prevalentes dentro da área da Gastroenterologia, envolvendo uma discussão importante dentro da área da saúde pública mundial. Sendo cada vez mais, realizados estudos capazes de delimitar o perfil clínico do paciente com diagnóstico de DRGE, a fim de se iniciarem medidas preventivas e de controle das principais variáveis que acarretam na doença do refluxo, evitando-se assim, suas principais

complicações.

## AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para o estudo

## REFERÊNCIAS

- [1] Oliveira SS. *et al.* Prevalência e fatores associados à doença do refluxo gastroesofágico. *ArqGastroenterol* 2005; 42(2): 116-121.
- [2] Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2013; 108: 308-28.
- [3] Martinez SD. *et al.* — Non-erosive reflux disease (NERD) — acid reflux and symptom patterns. *AlimentPharmacol.Ther.*, 17(4): 537-45, 2003.
- [4] Chinzon D. *et al.* Doença do refluxo gastroesofágico. In: Prado J., editors. *Tratado das Enfermidades Gastrointestinais e Pancreáticas*. 1st. Editora Roca; 2008.
- [5] Hoschman B. *et al.* *Acta Cirurgica Brasileiro* 2005; 2: 1-8.
- [6] Moraes-Filho JPP. Doença do refluxo gastroesofágico de difícil tratamento. *RBM Rev Bras Med.* 2012; 69(12):41-46.
- [7] Nasi A, Moares-Filho JPP, Cecconello I. Doença do refluxo gastroesofágico: revisão ampliada. *ArqGastroenterol* 2006; 43(4): 334-41.
- [8] [Abrahão-Júnior LJ, Lemme EMO. Manifestações extra-esofágicas da DRGE. *J Bras Med.* 2012; 100(5):17-21.
- [9] Moraes-Filho JPP. *et al.* Brazilian Consensus on Gastroesophageal Reflux Disease: proposals for assessment, classification, and management. *AmJGastroenterol* 2002; 97: 241-8.
- [10] Richter JE. *et al.* Comparing Lansoprazole and Omeprazole in onset of heartburn relief: results of a randomized, controlled trial in erosive esophagitis patients. *Am J Gastroenterol* 2001; 96 (11): 3089–98.
- [11] Zagari RM. *et al.* Relationship between gastroesophageal reflux symptoms and esophagitis in the general population: Loiano-Monguidor study. *Gastroenterology* 2006; 130(4 Suppl 2): T1018.
- [12] Abrahão JR. *et al.*: Relação entre o tamanho de hérnia hiatal e tempo de exposição ácida esofágica nas doenças do refluxo erosiva e não erosiva. *Arq. Gastroenterol* 2006; 43 (1): 37-40.
- [13] Freitas JÁ. *et al.* Avaliação da eficácia – segurança e tolerabilidade de rabeprazol no tratamento de doenças ácido-pépticas. *ArqGastroenterol.* 2002; 39(1):60-65.
- [14] Klinkenberg-Knol EC. *et al.* Long-Term Study Group. Long-term omeprazole treatment in resistant gastroesophageal reflux disease: efficacy, safety, and influence on gastric mucosa. *Gastroenterology* 2000; 118:1-9.
- [15] Moretzsohn LD. *et al.* Assessment of effectiveness of different dosage regimens of pantoprazole in controlling symptoms and healing esophageal lesions of patients with mild erosive esophagitis. *ArqGastroenterol.* 2002; 39(2):123-125.

## ANEXO 1

### Formulário para Coleta de Dados

#### **IDENTIFICAÇÃO:**

Nome  
(Iniciais) \_\_\_\_\_  
\_Data de Nascimento\_ / \_ / \_

Data \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ primeira  
consulta \_\_\_\_\_

Prontuário \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Natural/Procedente \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_  
Altura: \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_

História Clínica (Resumo):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Doenças Associadas:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tabagismo ( ) SIM ( ) NÃO

Etilismo ( ) SIM ( ) NÃO

Já fez Endoscopia Digestiva Alta:

( ) SIM ( ) NÃO

Caso positivo, presença de:

A) H.pylori ( ) SIM ( ) NÃO

A1) Caso positivo, foi feita erradicação?  
SIM ( ) NÃO ( )

B) Tto com IBP ( ) SIM ( ) NÃO

B1) Caso positivo, resposta Completa ( )  
Parcial ( )  
Refratária  
( )