

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

ASSUNTO:	Supressão Ácida: Utilização dos Inibidores da Bomba de Protões e das suas Alternativas Terapêuticas
PALAVRAS-CHAVE:	Inibidores da bomba de protões; Antiácidos; Antagonistas dos recetores H2.
PARA:	Médicos do Sistema Nacional de Saúde
CONTACTOS:	Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de dezembro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, emite a seguinte:

I – NORMA

1. As três principais causas de sintomas dispépticos em que se usam os fármacos de supressão ácida, são:
 - a) doença de refluxo gastro-esofágico (DRGE);
 - b) úlcera péptica;
 - c) dispepsia funcional sem úlcera.
2. Os Inibidores da Bomba de Protões (IBP) são usados como terapêutica crónica:
 - a) na DRGE com esofagite;
 - b) na DRGE sem esofagite mas com sintomas persistentes;
 - c) no esófago de Barrett;
 - d) na úlcera péptica com episódios recorrentes;
 - e) na síndrome de Zollinger-Ellison.
3. Para as restantes situações dispépticas, 4 a 8 semanas após a iniciação do IBP, deve ser feita uma avaliação do doente, com vista à possibilidade de redução gradual do uso de IBP até ao abandono.
4. Na DRGE sem esofagite, os IBP devem ser usados como primeira linha. Se os doentes não apresentarem sintomas após 4 semanas, deve tentar-se uma redução gradual da dose dos IBP. Alguns doentes, após tratamento com IBP durante 4 semanas, podem controlar sintomas ocasionais com antiácidos ou antagonistas dos recetores H2.
5. Na DRGE com esofagite, os IBP devem ser usados durante as primeiras 4-8 semanas numa dose mais alta que a de manutenção. Posteriormente, o seu uso crónico deve ser com uma dose de manutenção ou com a dose mais baixa que controle os sintomas.
6. Em sintomas dispépticos não provocados por DRGE, nos doentes com mais de 55 anos ou com sinais de alarme para cancro, estenose e ulceração grave, a endoscopia deve ser realizada de imediato antes de estabelecer um regime com IBP.
7. Em sintomas dispépticos não provocados por DRGE, nos doentes com 55 anos ou menos e sem sinais de alarme os IBP podem ser a primeira linha, mas pode-se, também, testar, tratar e erradicar a *H. pylori* (Hp) se a infeção estiver presente e considerar a execução de endoscopia. Na dispepsia funcional sem úlcera, os antagonistas dos recetores H2 são uma alternativa.

8. Para os sintomas dispépticos esporádicos, a toma em SOS de antiácidos e dos antagonistas dos recetores H₂ é mais apropriada, porque estes fármacos são mais rápidos a atuar do que os IBP.
9. O critério que deve prevalecer na seleção de um IBP é o seu custo. Não existe evidência clínica de superioridade entre os IBP em doses equivalentes. O uso dos mais dispendiosos é uma exceção fundamentada solidamente no processo clínico.
10. As exceções à presente Norma são fundamentadas clinicamente, com registo no processo clínico.

II - CRITÉRIOS

- a) A presente Norma aborda as três principais causas de sintomas dispépticos em que se usam os fármacos de supressão ácida:
 - i. doença de refluxo gastro-esofágico (DRGE);
 - ii. úlcera péptica;
 - iii. dispepsia funcional sem úlcera.
- b) Antes de usar os fármacos de supressão ácida em sintomas dispépticos:
 - i. verificar se o doente toma medicamentos que induzem os sintomas;
 - ii. excluir causas graves não gastrointestinais de sintomas dispépticos;
 - iii. excluir sinais de alarme para cancro, estenose, ulceração grave;
 - iv. aconselhar redução de peso;
 - v. lidar com a possibilidade de infeção por *H.pylori*.
- c) A infeção por *H. pylori* deve ser testada em:
 - i. úlcera gástrica ou duodenal ativa, particularmente se hemorrágicas;
 - ii. historia clínica de úlcera gástrica ou duodenal ainda não tratada contra a infeção por *H. pylori*;
 - iii. sintomas dispépticos de novo em adultos com idade ≤ 55 anos sem DRGE obvia e sem sinais de alarme;
 - iv. doentes que não respondem ao tratamento.
- d) Se o teste é positivo para *H. pylori*, tratar. Sugere-se a seguinte terapia tripla, durante 10-14 dias:
 - i. IBP - dose normal indicada para cada IBP, duas vezes por dia, e
 - ii. Amoxicilina – 1 g, duas vezes por dia, e
 - iii. Claritromicina – 500 mg, duas vezes por dia.

III – AVALIAÇÃO

- a) A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional.
- 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 e das direções dos hospitais.
- c) A efetividade da 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.
- d) A Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde e da Administração Central do Sistema de Saúde, elabora e divulga relatórios de progresso de monitorização.

- e) A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:
- % de prescrições de IBP no total de prescrições de fármacos para supressão ácida;
 - Custo médio com IBP faturado por pessoa inscrita;
 - % de doentes com doença do esófago em terapia com antagonistas dos recetores H2;
 - % de doentes com doença do esófago em terapia com IBP;
 - % de doentes com dispepsia funcional sem úlcera em terapia com antagonistas dos recetores H2;
 - % de doentes com dispepsia funcional sem úlcera em terapia com antiácidos;
 - % de doentes com dispepsia funcional sem úlcera em terapia com IBP.

IV-FUNDAMENTAÇÃO

Resumo de Como Gerir os Sintomas Dispépticos

- a) Os sintomas dispépticos têm três causas principais:
- Doença de Refluxo Gastro-Esofágico (DRGE);
 - Úlcera Péptica;
 - Dispepsia Funcional Sem Úlcera.
- b) No doente com sintomas relacionados com acidez deve-se:
- Verificar se existem medicamentos responsáveis ou “sinais de alerta”;
 - Excluir causas sérias não gastrointestinais.
 - Lidar com o *H. pylori*: Testar:
 - Doentes que tem história clínica de úlcera, ou
 - Idade abaixo dos 55 anos com aparecimento pela primeira vez dos sintomas e sem DRGE óbvia.
 - Se positivo, erradicar com “terapia tripla” durante 10-14 dias.
 - Induzir a mudança dos hábitos de vida pode ser útil para controlar os sintomas.
 - Prescrever fármacos se os sintomas persistirem:
 - Inibidores da bomba de prótons (IBP) são muito eficazes mas podem não ser necessários em todos os doentes.
 - Como alternativas podem ser usados antiácidos e os antagonistas dos recetores H2.

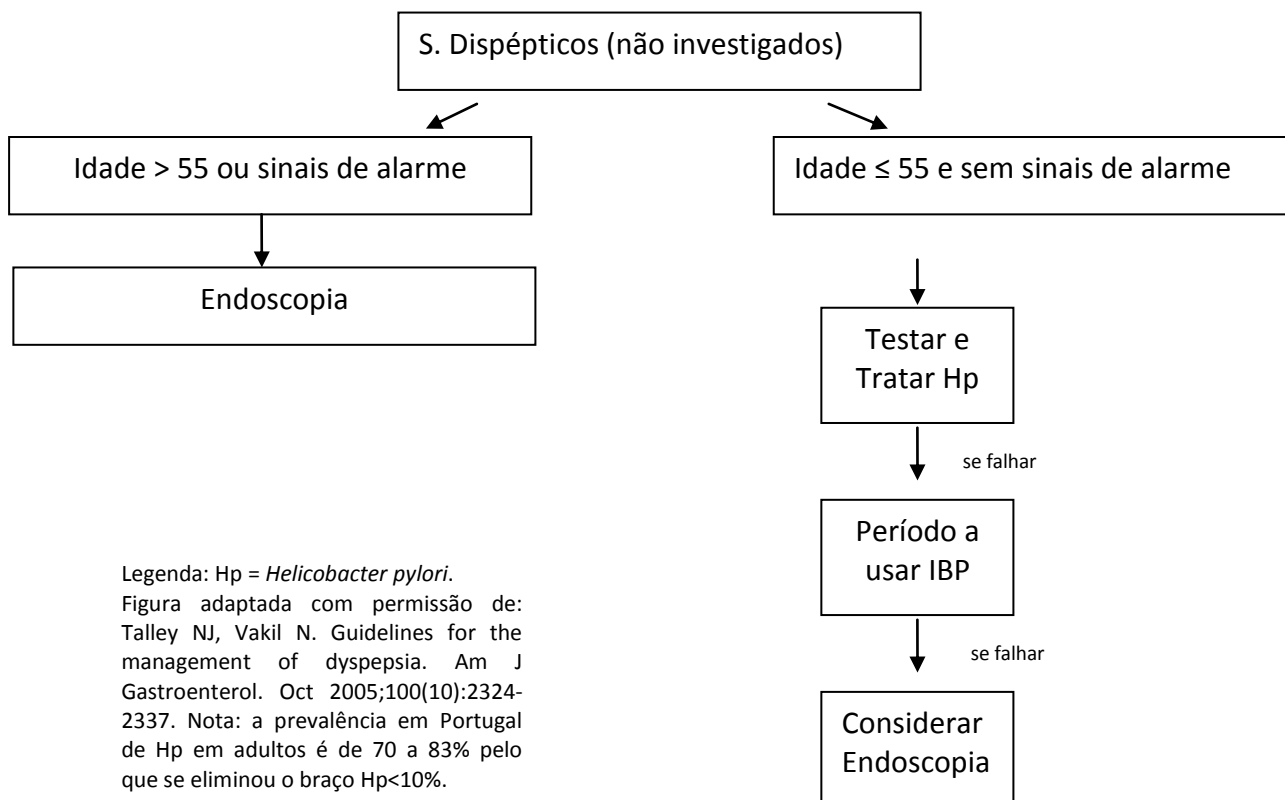
Avaliação Inicial do Doente com Sintomas Dispépticos¹⁻⁵

- a) Procure identificar medicamentos que poderão causar os sintomas, como o ácido acetilsalicílico, anti-inflamatórios não esteroides, anticolinérgicos, corticosteroides, teofilina, dopaminérgicos, bisfosfonatos orais e bloqueadores dos canais de cálcio⁶.
- b) Exclua causas graves não gastrointestinais de sintomas dispépticos como:
- Doença coronária;
 - Pericardite;
 - Aneurisma dissecante da aorta;
 - Tromboembolismo pulmonar.
- c) Veja se existem “sinais de alerta” - sinais e sintomas que possam sugerir cancro, estenose ou ulceração grave. Nestas situações, será de requerer uma endoscopia.

Os sinais são

- i. Disfagia;
- ii. Hematemese;
- iii. Hemorragia do aparelho, gastrointestinal inferior;
- iv. Mudança de hábitos intestinais;
- v. Anemia;
- vi. Odinofagia;
- vii. História prévia de neoplasia; gastrointestinal ou úlcera;
- viii. Icterícia;
- ix. Vômito recorrente;
- x. Anorexia;
- xi. Perda inexplicável de peso;
- xii. Enfartamento;
- xiii. Massa abdominal;
- xiv. Hepatomegalia,
- xv. Linfadenopatia.

Como abordar o doente com sintomas dispépticos não sugestivos de DRGE ⁵



Alternativas que não requerem prescrições podem funcionar para a supressão ácida e diminuir os sintomas:^{2,7}

- i. Evitar alimentação ácida (citrinos, cebolas, tomates);
- ii. Evitar produtos que aumentam a produção de ácido ou danificam as defesas da mucosa (bebidas carbonadas, anti-inflamatórios não esteroides, álcool, tabaco, cafeína).

Testar o *H. pylori*^{1,3,5}

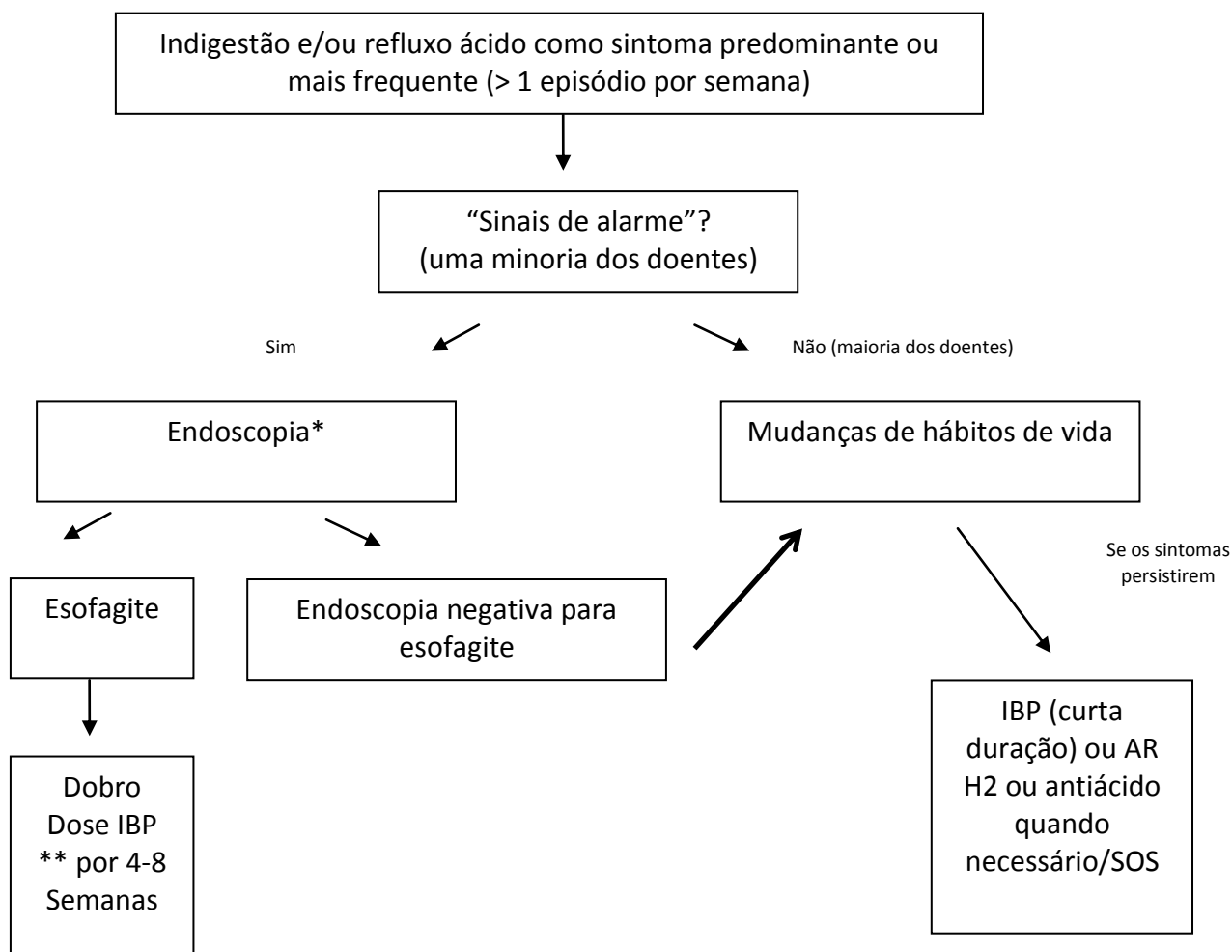
- a) Avaliar doentes com:
 - i. Úlcera gástrica ou duodenal ativa.
 - ii. História clínica de úlcera gástrica ou duodenal ainda não tratada contra a infeção por *H. pylori*.
 - iii. Sintomas dispépticos de novo em adultos ≤ 55 anos sem DRGE óbvia e sem “sinais de alarme.”
 - iv. Doentes que não respondem ao tratamento.
- b) Como testar:

Para a maioria dos doentes:

- i. Teste respiratório (teste de ureia na respiração) e teste de antigénio nas fezes, são eficazes e não invasivos, mas não são comparticipados.
 - ii. O teste de anticorpos ELISA (sorologia dos anticorpos no soro) é comparticipado e mais conveniente de obter, mas tem menor sensibilidade e especificidade. Além disso, alguns doentes que já foram tratados podem manter títulos de anticorpos positivos por um período longo após a erradicação do *H. pylori*.
- c) Se o doente fizer endoscopia a biópsia é o teste preferencial.
 - d) Se o teste for positivo para o *H. pylori*, prescrever terapia tripla durante 10 a 14 dias:
 - i. IBP - Dose normal, duas vezes por dia, e
 - ii. Amoxicilina* – 1 g, duas vezes por dia, e
 - iii. Claritromicina – 500 mg, duas vezes por dia.

*Amoxicilina substituída por metronidazol (500 mg, duas vezes ao dia) em doentes alérgicos às penicilinas.

Para doentes com Doença de Refluxo Gastro-Esofágico^{2,4,5,7}



* uma endoscopia anormal devem ser geridos conforme os problemas encontrados.

** Pelo menos o dobro da dose normal mais baixa indicada para DRGE (ver quadro final com Dose normal por IBP).

Para um acompanhamento adicional dos doentes, ver tabela adiante intitulada “Se for necessário tratamento adicional.”

Mudanças de estilos de vida podem ajudar a reduzir o refluxo e diminuir os sintomas:

- i. Perder peso;
- ii. Elevar a cabeceira da cama;
- iii. Evitar grandes refeições antes de dormir;
- iv. Evitar roupa apertada ao redor do abdómen;
- v. Evitar reclinar ou deitar nas 2 a 3 horas após uma refeição;
- vi. Evitar substâncias que reduzem o tónus do esfíncter esofágico inferior (caféina, álcool, tabaco, mentol, chocolate, alimentos gordos ou fritos).

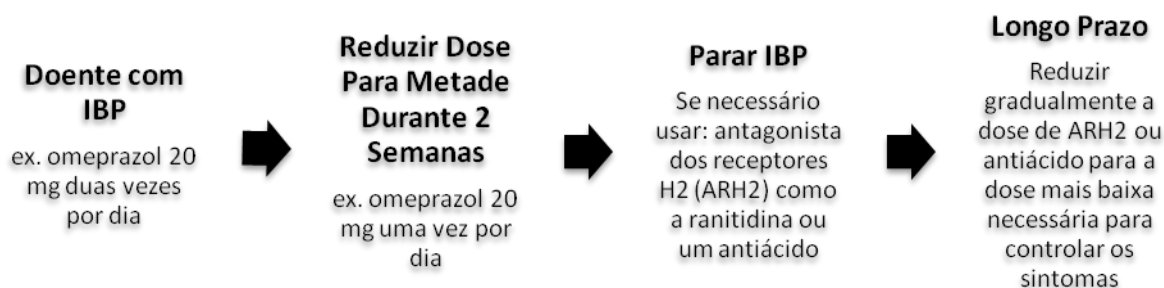
Quem é que realmente precisa de um IBP?

- a) Somente algumas condições requerem o uso crónico e a longo prazo dos IBP:
- DRGE com esofagite, sintomas persistentes, ou complicações como esófago de Barrett.
 - Úlcera péptica com episódios recorrentes.
 - Síndrome de Zollinger-Ellison.
 - Para todos os outros doentes:
 - Reavaliar toma de IBP após 4-8 semanas.
 - Redução gradual do uso do IBP.
 - Educar o doente sobre os antagonistas dos recetores H2 e os antiácidos

Planear a redução gradual com subsequente abandono da terapia em doentes com:

- DRGE sem esofagite, que não tenham sintomas após 4 semanas de tratamento.
- Úlcera péptica, que não tenham sintomas após 4-8 semanas de tratamento e erradicação do *H. pylori*.
- Dispepsia funcional sem úlcera, que não tenham sintomas após 4-8 semanas de tratamento.

Este regime de redução gradual até à suspensão eventual do IBP, usando antagonistas dos recetores H2 e antiácidos em SOS, pode controlar a recidiva dos sintomas. Os doentes devem ser aconselhados a contactar o médico caso necessitem de terapêutica sintomática com muita frequência.



Evitar os IBP tomados em SOS

Embora os IBP sejam frequentemente tomados em SOS, outros supressores ácidos podem funcionar melhor no alívio imediato de sintomas esporádicos. Os IBP podem levar mais de 24 horas a reduzir a secreção ácida e a aliviar os sintomas. Os antiácidos aliviam os sintomas em apenas alguns minutos (5-20 minutos) e os antagonistas dos recetores H2 funcionam em 1 hora ou menos (30-60 minutos).



Os IBP inibem irreversivelmente as bombas de prótons ativas nas células parietais (novas bombas serão posteriormente sintetizadas). No entanto, nem todas as bombas e nem todas as células parietais existentes estão ativas simultaneamente, por isso são necessários até 5 dias de tratamento para a máxima supressão ácida.⁸

Os IBP causam mais efeitos adversos que os antagonistas dos recetores H2⁹:

- Dores de cabeça;
- Diarreia;
- Dores abdominais.

Além disso os IBP têm um risco de efeitos adversos mais graves:

- Infeção por *Clostridium difficile*;
- Fraturas;
- Nefrite intersticial;
- Pneumonia;
- Eficácia reduzida do clopidogrel;
- Reaparecimento mais acentuado (rebound) de hipersecreção ácida quando se interrompe o IBP.

Se for necessário tratamento adicional¹⁻⁵

DRGE (com esofagite)	DRGE (sem esofagite)	Úlcera péptica	Dispepsia funcional sem úlcera
<p>Dose alta de IBP durante 4-8 semanas (conforme o algoritmo “Para Doentes com DRGE”) e depois:</p> <p>a) IBP diariamente e a longo prazo, reduzindo gradualmente para a dose eficaz mais baixa possível para controlar os sintomas.</p> <p>ou</p> <p>b) IBP diariamente e a longo prazo em dose de manutenção para doentes com esofagite erosiva.</p>	<p>Tratamento de curta duração com IBP. Alternativamente antagonista dos recetores H2 ou antiácido tomados em SOS (conforme o algoritmo “Para Doentes com DRGE”) e depois:</p> <p>a) Se os sintomas desaparecerem, reduzir gradualmente a dose do IBP até eventual suspensão. Passar a usar antagonista dos recetores H2 ou antiácidos para controlo dos sintomas esporádicos.</p> <p>ou</p> <p>b) Se os sintomas persistirem, dose normal de IBP uma ou duas vezes por dia.</p>	<p>Parar de fumar e evitar consumo excessivo de álcool.</p> <p>Descontinuar Aspirina/Anti-inflamatórios não esteroides se possível; se for necessário continuar a usar estes fármacos então adicionar um IBP ou misoprostol.</p> <p>Tratar hemorragias e outras complicações.</p> <p>Testar e tratar para <i>H. pylori</i>.</p> <p>IBP durante 4-8 semanas.</p> <p>Confirmar a erradicação do <i>H. pylori</i>.</p> <p>Se o <i>H. pylori</i> ainda estiver presente, fazer uma segunda tentativa de erradicação.</p>	<p>IBP ou antagonista dos recetores H2 durante 4-8 semanas.</p> <p>Considerar testar e tratar para <i>H. pylori</i>.</p> <p>Se não houver resposta, considerar fármacos procinéticos, antidepressivos, terapia cognitiva ou comportamental, hipnoterapia.</p>
<p>Se os sintomas persistirem, considerar encaminhar para gastroenterologia que poderá fazer endoscopia, manometria, monitorização do pH ou cirurgia.</p>		<p>Se os sintomas persistirem ou segunda tentativa de erradicar <i>H. pylori</i> falhar. Considerar encaminhar para gastroenterologia.</p>	<p>Se os sintomas persistirem, considerar encaminhar para gastroenterologia.</p>

Escolha entre os vários fármacos

Os diferentes IBP tem eficácias semelhantes¹⁰⁻¹⁴ mas podem haver grandes diferenças em custos. O custo de 30 dias de tratamento de fármacos comuns para a supressão ácida é apresentado no seguinte quadro:

Doses normais e respetivos custos mensais de fármacos comuns na supressão ácida

	Inibidores da bomba de protões*					Ant. R. H2	Antiácidos
	Rabeprazol (Pariet) 20 mg	Omeprazol (Losec) 20 mg	Lansoprazol (Ogasto) 30 mg	Pantoprazol (Pantoc) 20 mg	Esomeprazol (Nexium) 20 mg	Ranitidina (Zantac) 150 mg	Ex. Kompensan S
Custo da Marca (30 dias)**	T 33,72 € U 28,30 €	T 27,81 € U 26,64 €	T 28,11 € U 26,42 €	T 10,38 € U 8,07 €	T 30,86 € U 19,44 €	T 23,59 € U 17,72 €	T 5,15 € U 3,05 €
Custo do Genérico (30 dias)***	T 12,86 € U 7,44 €	T 2,64 € U 1,47 €	T 3,51 € U 1,81 €	T 4,88 € U 2,57 €	T 17,04 € U 10,73 €	T 11,05 € U 6,60 €	-

Preços a 14 de setembro de 2011 (Fonte: Sistema de Apoio ao Médico – SAM).

No caso dos antagonistas dos recetores H2 e antiácidos os preços são para 60 e 90 unidades, respetivamente, e portanto o custo torna-se muito menor se forem tomados em SOS, quando necessários.

T – custo total; U – custo para o utente.

* A dose normal apresentada para cada IBP é a mínima dose aprovada indicada na esofagite de refluxo. As doses para essa indicação são rabeprazol (20 mg), omeprazol (20 a 40 mg), lansoprazol (30 a 60 mg), pantoprazol (20 a 40 mg), esomeprazol (20 a 40 mg.).

** O preço dos IBP foi calculado ao preço de uma toma por dia usando embalagens de 56 unidades (exceto Losec emb. 28 Unidades), ranitidina 2 tomas por dia e antiácidos 3 tomas por dia.

*** O custo dos genéricos varia significativamente no mercado português, aqui apontam-se os menos dispendiosos à data de consulta. Verifique o preço antes de prescrever.

V - APOIO CIENTÍFICO

Este material foi produzido por Leslie Jackowski, B.Sc., M.B.B.S., Consultor clínico principal, Division of Pharmacoepidemiology, Harvard Medical School and Brigham and Women's Hospital; Níteesh K. Choudry, M.D., Ph.D., Professor Assistente de Medicina, Harvard Medical School; Michael A. Fischer, M.D., M.S., Professor Assistente de Medicina, Harvard Medical School; Danielle Scheurer, M.D., M.Sc., F.H.M., Professor Assistente de Medicina, Medical University of South Carolina; e William H. Shrank, M.D., M.S.H.S., Professor Assistente de Medicina na Harvard Medical School. Editor da Série: Jerry Avorn, M.D., Professor de Medicina, Harvard Medical School. Os Drs. Avorn, Choudhry, Fischer e Shrank são todos médicos no Brigham and Women's Hospital em Boston. A Dr^a Scheurer é médica na Medical University of South Carolina. Nenhum dos autores recebe qualquer compensação financeira de companhias farmacêuticas. Este material foi originalmente produzido em Inglês para o Independent Drug Information Service (iDiS), financiado pelo PACE Program do Department of Aging da Commonwealth da Pennsylvania, the Massachusetts Department of Public Health, the Washington D.C. Department of Health, e a Rx Foundation. Este material é fornecido pela Alosa Foundation e não está associado de qualquer forma com quaisquer companhias farmacêuticas. Estas são apenas recomendações gerais; as decisões clínicas específicas devem ser tomadas pelo médico assistente, baseadas na situação clínica individual de cada doente.

©2011 The Alosa Foundation, todos os direitos reservados. Agosto 2011. Usado com permissão. Adaptado em setembro de 2011.

a) Dados Independentes Sobre Medicamentos

A presente Norma emana da orientação terapêutica produzida pelo Independent Drug Information Service, que é responsável pela pesquisa bibliográfica e síntese de evidência. O conteúdo foi traduzido e adaptado para a realidade portuguesa, por um grupo de trabalho da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa (Professores Doutores Emília Monteiro, Isabel Santos, Pedro Caetano e Drs. Daniel Pinto e Bruno Heleno) com a colaboração de clínicos de centros de saúde portugueses, por solicitação da Direção-Geral da Saúde. Esse documento adaptado constitui o capítulo “Fundamentação” da presente Norma. De entre as orientações presentes no capítulo “Fundamentação” as que são sustentadas pelo nível de evidência mais robusto foram convertidas a norma.

b) A presente Norma foi visada pelo presidente da Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas.

c) A versão de teste da presente Norma vai ser submetida à audição das sociedades científicas.

d) A apreciação da presente Norma foi realizada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e pelo Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, ao abrigo de protocolo entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos, no âmbito da melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde.

e) Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.

f) Durante o período de audição só serão aceites comentários inscritos em formulário próprio disponível no site desta Direção-Geral, acompanhados das respetivas declarações de interesse.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chey WD, Wong BC. American College of Gastroenterology guideline on the management of Helicobacter pylori infection. *Am J Gastroenterol*. Aug 2007;102(8):1808-1825.
2. Kahrilas PJ, Shaheen NJ, Vaezi MF, et al. American Gastroenterological Association Medical Position Statement on the management of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology*. Oct 2008;135(4):1383-1391.
3. McColl KE. Clinical practice. Helicobacter pylori infection. *N Engl J Med*. 2010;362(17):1597-1604.
4. Talley NJ. American Gastroenterological Association medical position statement: evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology*. Nov 2005;129(5):1753-1755.
5. Talley NJ, Vakili N. Guidelines for the management of dyspepsia. *Am J Gastroenterol*. Oct 2005;100(10):2324-2337.
6. Katelaris P, Holloway R, Talley N, Gotley D, Williams S, Dent J. Gastro-oesophageal reflux disease in adults: Guidelines for clinicians. *J Gastroenterol Hepatol*. Aug 2002;17(8):825-833.
7. Kahrilas PJ. Clinical practice. Gastroesophageal reflux disease. *N Engl J Med*. Oct 16 2008;359(16):1700-1707.
8. Brunton et al. Goodman & Gilman's the Pharmacological Basis of Therapeutics, 11th edition New York: McGraw-Hill 2006, chapter 36, page 969-972.

9. Comparative effectiveness of management strategies for Gastroesophageal Reflux Disease. AHRQ Pub No. 06-CH003. 1 Dec 2005. Available at: <http://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/1/42/GERDExecSum.pdf>.

10. Carswell CI, Goa KL. Rabeprazole: an update of its use in acid-related disorders. *Drugs*. 2001;61(15):2327-2356. 11. Langman MJ. Which PPI? *Gut*. Aug 2001;49(2):309-310.

12. Stedman CA, Barclay ML. Review article: comparison of the pharmacokinetics, acid suppression and efficacy of proton pump inhibitors. *Aliment Pharmacol Ther*. Aug 2000;14(8):963-978.

13. Vanderhoff BT, Tahboub RM. Proton pump inhibitors: an update. *Am Fam Physician*. Jul 15 2002;66(2):273-280. 14. Welage LS, Berardi RR. Evaluation of omeprazole, lansoprazole, pantoprazole, and rabeprazole in the treatment of acid-related diseases. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. Jan-Feb 2000;40(1):52-62; quiz 121-123.

Referências adicionais documentando estas recomendações são fornecidas no documento de evidência extenso em Inglês que acompanha este material:

<http://www.rxfacts.org/pdf/Acid%20suppression%20therapy%20071111%20FINAL.pdf>

Estas são apenas recomendações gerais, as decisões clínicas específicas devem ser tomadas pelo médico assistente, baseadas na situação clínica individual de cada doente.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

ANEXOS

Folha para ajudar o Doente a Reduzir e Suspender IBP

Nome do Utente:

Três Passos para acabar com a sua dependência em medicamentos para reduzir a acidez (“IBP”):

- | | |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pariet (rabeprazol) | <input type="checkbox"/> Nexium (esomeprazol) |
| <input type="checkbox"/> Losec (omeprazol) | <input type="checkbox"/> Pantoc (pantoprazol) |
| <input type="checkbox"/> Ogasto (lansoprazol) | <input type="checkbox"/> Outro IBP |

1. Nas Primeiras 2 Semanas: de _____ para _____

Reduza a sua dose para metade.

Se estava a tomar um comprimido por dia, passe a tomar um comprimido dia sim, dia não.

Se estava a tomar dois comprimidos por dia:

- Tome um comprimido por dia durante uma semana
- Depois tome um comprimido dia sim dia não durante a segunda semana

2. Nas 2 semanas Seguintes: de _____ para _____

Pare de tomar o IBP

Se tiver sintomas abdominais:

Para alívio imediato, tome um antiácido como o Kompensan, Pepsamar ou Rennie, ou qualquer outro.

Você também pode tomar um bloqueador de H2 como a ranitidina (Zantac), famotidina (Pepcidina), or cimetidina (CIM).

3. Nas próximas 2 Semanas: de _____ para _____

Reduza gradualmente a dose de antagonista de recetor H2 ou antiácido para os valores mais baixos que sejam suficientes para controlar os seus sintomas

Contate o/a seu/sua médico/a se os sintomas persistirem.

Assinatura do/a Médico/a:

Dados Independentes Sobre Medicamentos

iDiS Independent Drug Information Service. Copyright © 2011, The Alosa Foundation. Todos os Direitos Reservados. Os autores são da Harvard Medical School e o documento foi adaptado para Portugal com permissão da Alosa e iDis, em setembro de 2011 por Docentes da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Lisboa, ao Serviço da Direção Geral da Saúde.

BILHETES DE IDENTIDADE

Designação	Percentagem de prescrições de IBP no total de prescrições de fármacos para supressão ácida		
Tipo de indicador	QUALIDADE TÉCNICA/ EFECTIVIDADE	Entidade gestora	ACES
Tipo de falha		Período aplicável	Ano
Objectivo	Aplicar a Norma da DGS		
Descrição do indicador	Indicador que exprime a percentagem de prescrições		
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	Percentagem
Responsável pela monitorização	ACES/ ARS	Fórmula	A / B x 100
		Output	Percentagem de prescrições
Prazo entrega reporting		Valor de referência	
Órgão fiscalizador	ARS	Meta	
Crítérios de inclusão	Numerador: - Ter prescrição de IBP (GFT 6.2.2.3.) no período em análise em DDD Denominador: - Ter de prescrição de fármacos para supressão ácida (GFT 6.2.2.). no período em análise em (DDD)		
Observações			
Factor crítico			

Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	Número de prescrições de IBP	SI USF/UCSP	DDD
B - Denominador	Número de prescrições de fármacos para supressão ácida (DDD)	SI USF/UCSP	DDD

Designação	Custo médio com IBP facturado por pessoa inscrita		
Tipo de indicador	EFICIÊNCIA	Entidade Gestora	ACES
Tipo de falha		Período aplicável	Ano
Objectivo	Monitorizar o custo com a prescrição e aplicar a Norma da DGS		
Descrição do indicador	Indicador que exprime o custo médio		
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	€
Responsável pela monitorização	ACES/ ARS	Fórmula	A / B
		Output	Custo Médio
Prazo entrega reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de Referência	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	Meta	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Critérios de inclusão	Numerador: - Custo com IBP (GFT 6.2.2.3.) (PVP) , cuja facturação tenha sido feita no período em análise Denominador: - Número de inscritos no ACES no período em análise		
Observações			
Factor crítico			

Variáveis	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	Custos com IBP (PVP)	CCF	€
B - Denominador	Nº de inscritos	SI USF/UCSP	Nº de inscritos

Designação	Percentagem de doentes com doença do esófago em terapia com antagonistas dos receptores H2		
Tipo de indicador	QUALIDADE TÉCNICA/ EFECTIVIDADE	Entidade Gestora	ACES
Tipo de falha		Período aplicável	Ano
Objectivo	Aplicar a Norma da DGS		
Descrição do indicador	Indicador que exprime a percentagem de doentes		
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	Percentagem
Responsável pela monitorização	ACES/ ARS	Fórmula	A/ B x 100
		Output	Percentagem de doentes
Prazo entrega reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de Referência	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	Meta	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Crítérios de inclusão	Numerador: - Denominador - Ter registo de prescrição de antagonistas dos receptores H2 (GFT 6.2.2.2.) Denominador: - Ter uma inscrição no ACES no período em análise - Ter este diagnóstico activo na sua lista de problemas - (ICPC - D84)		
Observações			
Factor crítico			

Variáveis	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	Número de doentes com doença do esófago em terapia com antagonistas dos receptores H2	SI USF/UCSP	Nº de inscritos
B - Denominador	Número de doentes com doença do esófago	SI USF/UCSP	Nº de inscritos

Designação	Percentagem de doentes com doença do esófago em terapia com IBP		
Tipo de indicador	QUALIDADE TÉCNICA/ EFECTIVIDADE	Entidade Gestora	ACES
Tipo de falha		Período aplicável	Ano
Objectivo	Aplicar a Norma da DGS		
Descrição do indicador	Indicador que exprime a percentagem de doentes		
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	Percentagem
Responsável pela monitorização	ACES/ ARS	Fórmula	A/ B x 100
		Output	Percentagem de doentes
Prazo entrega reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de Referência	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	Meta	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Critérios de inclusão	Numerador: - Denominador - Ter registo de prescrição de IBP (GFT 6.2.2.3.) Denominador: - Ter uma inscrição no ACES no período em análise - Ter este diagnóstico activo na sua lista de problemas - (ICPC - D84)		
Observações			
Factor crítico			

Variáveis	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	Número de doentes com doença do esófago em terapia com IBP	SI USF/UCSP	Nº de inscritos
B - Denominador	Número de doentes com doença do esófago	SI USF/UCSP	Nº de inscritos

Designação	Percentagem de doentes com dispepsia funcional sem úlcera em terapia com antagonistas dos receptores H2		
Tipo de indicador	QUALIDADE TÉCNICA/ EFECTIVIDADE	Entidade Gestora	ACES
Tipo de falha		Período aplicável	Ano
Objectivo	Aplicar a Norma da DGS		
Descrição do indicador	Indicador que exprime a percentagem de doentes		
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	Percentagem
Responsável pela monitorização	ACES/ ARS	Fórmula	A/ B x 100
		Output	Percentagem de doentes
Prazo entrega reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de Referência	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	Meta	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Crítérios de inclusão	Numerador: - Denominador - Ter registo de prescrição de antagonistas dos receptores H2 (GFT 6.2.2.2.) Denominador: - Ter uma inscrição no ACES no período em análise - Ter este sintoma activo na sua lista de problemas - (ICPC - D07)		
Observações			
Factor crítico			

Variáveis	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	Número de doentes com dispepsia funcional sem úlcera em terapia com antagonistas dos receptores H2	SI USF/UCSP	Nº de inscritos
B - Denominador	Número de doentes com dispepsia funcional sem úlcera	SI USF/UCSP	Nº de inscritos

Designação	Percentagem de doentes com dispepsia funcional sem úlcera em terapia com antiácidos		
Tipo de indicador	QUALIDADE TÉCNICA/ EFECTIVIDADE	Entidade Gestora	ACES
Tipo de falha		Período aplicável	Ano
Objectivo	Aplicar a Norma da DGS		
Descrição do indicador	Indicador que exprime a percentagem de doentes		
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	Percentagem
Responsável pela monitorização	ACES/ ARS	Fórmula	A/ B x 100
		Output	Percentagem de doentes
Prazo entrega reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de Referência	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	Meta	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Critérios de inclusão	Numerador: - Denominador - Ter registo de prescrição de antiácidos (GFT 6.2.) Denominador: - Ter uma inscrição no ACES no período em análise - Ter este sintoma activo na sua lista de problemas - (ICPC - D07)		
Observações			
Factor crítico			

Variáveis	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	Número de doentes com dispepsia funcional sem úlcera em terapia com antiácidos	SI USF/UCSP	Nº de inscritos
B - Denominador	Número de doentes com dispepsia funcional sem úlcera	SI USF/UCSP	Nº de inscritos

Designação	Percentagem de doentes com dispepsia funcional sem úlcera em terapia com IBP		
Tipo de indicador	QUALIDADE TÉCNICA/ EFECTIVIDADE	Entidade Gestora	ACES
Tipo de falha		Período aplicável	Ano
Objectivo	Aplicar a Norma da DGS		
Descrição do indicador	Indicador que exprime a percentagem de doentes		
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	Percentagem
Responsável pela monitorização	ACES/ ARS	Fórmula	A/ B x 100
		Output	Percentagem de doentes
Prazo entrega reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de Referência	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	Meta	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Critérios de inclusão	Numerador: - Denominador - Ter registo de prescrição de IBP (GFT 6.2.2.3.) Denominador: - Ter uma inscrição no ACES no período em análise - Ter este sintoma activo na sua lista de problemas - (ICPC - D07)		
Observações			
Factor crítico			

Variáveis	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	Número de doentes com dispepsia funcional sem úlcera em terapia com IBP	SI USF/UCSP	Nº de inscritos
B - Denominador	Número de doentes com dispepsia funcional sem úlcera	SI USF/UCSP	Nº de inscritos